



Ano XVIII | Vol. 18 | Nº4 | Maio/Junho 2011  
Suplemento

# Jornal Português de Gastroenterologia

ESPECIAL CONGRESSO



# Semana Digestiva 2011

CENTRO DE CONGRESSOS DO ESTORIL  
1 a 4 de Junho

Órgão Oficial das Sociedades



Sociedade Portuguesa  
de Gastroenterologia



# UL-250<sup>®</sup>

Saccharomyces boulardii

## Os especialistas aprovam...

- Reduz a duração da diarreia <sup>(1)</sup>
- Normalizador da flora intestinal <sup>(2)</sup>
- Estimulador das defesas imunitárias <sup>(3)</sup>



**INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM:** UL - 250, 250 mg, cápsula e UL-250, 250 mg, pó para suspensão oral. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** 1 cápsula/saqueta contém: 250 mg de células liofilizadas de *Saccharomyces boulardii*. **Lista de excipientes:** Cápsula: sacarose, lactose. Pó para suspensão oral: Lactose, frutose. **Indicações terapêuticas:** UL - 250, como normalizador da flora intestinal e anti-diarreico microorgânico, está indicado nas situações em que existam alterações do ecossistema intestinal, designadamente: diarreias a rotavírus em crianças. Quando é possível determinar o agente etiológico e para o qual exista terapêutica específica, UL - 250 como regularizador da flora intestinal, constituirá um adjuvante a esse tratamento, para além de ser útil complemento de rehidratação oral, quando esta se justificar. **Posologia e modo de administração:** 1 cápsula ou uma saqueta 3 vezes por dia. **Crianças:** Cápsulas: Engolir a cápsula sem trincar, com um pouco de líquido. Saquetas: Deitar o conteúdo de uma saqueta num copo de água. **Lactentes:** Cápsulas: Abrir a cápsula e misturar o pó no conteúdo do biberão, agitando bem. Saquetas: Abrir a saqueta e deitar o pó directamente na boca do lactente. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Doentes com catéter venoso central. **Advertências e precauções especiais de utilização:** UL - 250 sendo constituído por células vivas não deve ser utilizado com líquidos levados a temperaturas superiores a 50° C. UL - 250 dado que é uma levedura, quando prescrito com um medicamento antifúngico oral ou sistémico pode ver diminuída a sua acção. *Saccharomyces boulardii* (Sb) é uma levedura que foi associada ao risco de fungémias. A maioria dos casos de fungémias por Sb ocorreram em doentes com diversos factores de risco: estado geral debilitado com alterações da mucosa digestiva e antibioterapia de largo espectro; imunossupressão; cateterização venosa central. A contaminação externa dos catéters pela ausência de cuidados de manipulação e administração do conteúdo das saquetas de Sb têm sido também um dos factores implicados na etiologia das fungémias. Este medicamento contém lactose, pelo que os doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência em lactase ou má absorção de glucose-galactose, não devem tomar UL-250. UL - 250, cápsulas contém sacarose, pelo que doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, má absorção de glucose-galactose ou insuficiência da sacarase-isomaltase, não devem tomar este medicamento. UL - 250, pó para suspensão oral contém frutose, pelo que doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose não devem tomar este medicamento. **Gravidez e aleitamento:** O medicamento UL - 250 pode ser utilizado sem qualquer restrição durante a gravidez e na fase de aleitamento. **Efeitos indesejáveis:** Foram descritos casos raros de flatulência, reacções de intolerância, principalmente na forma de prurido, pápulas (urticária, erupções, rash), rash cutâneo (localizado ou distribuído por todo o corpo; exantema local ou generalizado). Verificaram-se casos raros de fungémias. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Merck s.á. Rua Alfredo da Silva, 3-C • 1300-040 LISBOA. Data da revisão do texto: Julho de 2005. **Medicamento sujeito a receita médica. Escalão de comparticipação: C. Para mais informação deverá contactar o Titular de Autorização no Mercado**

<sup>(1)</sup> GUARINO ET ALL; Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 46:S81-S184 © 2008 by European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition.

<sup>(2)</sup> Szajewska H, Skorka A. Aliment Pharmacol Ther. 2009.

<sup>(3)</sup> Swidsinski A et al. Biostructure of fecal microbiota in healthy subjects and patients with chronic idiopathic diarrhea. Gastroenterology. 2008;135(2):568-579.

<sup>(4)</sup> Buts JP et al. Digestive Diseases And Sciences. 1990;35(2):251-256



# Jornal Português de Gastrenterologia

Ano XVIII | Vol 18 | Nº4 | Maio/Junho 2011

Suplemento

Director	Editores de Secção			Editores Emeriti
Jorge Areias	<u>Trubo Digestivo</u> Diniz de Freitas José Cotter Marília Cravo	<u>Pâncreas</u> António Marques José Manuel Pontes Manuela Noronha Teresa Antunes	H. Bicha Castelo Paulo Costa	António Saragoça 1983 - 1993
<b>Director-Adjunto</b> Guilherme Macedo, Isabelle Cremers	<u>Endoscopia</u> C. Nobre Leitão Hermano Gouveia Leopoldo Matos Venâncio Mendes	<u>Imagiologia</u> Eduardo Pereira F. Caseiro Alves Isabel Távora Maximino Leitão	<u>Gastrenterologia Pediátrica</u> Ana Isabel Lopes Fernando Pereira Paulo Ramalho	F. Costa Mira 1994 - 1995
<b>Editor-Chefe</b> Rui Tato Marinho	<u>Fígado</u> Jorge Areias José Velosa M. Carneiro de Moura	<u>Anatomia Patológica</u> Fátima Carneiro M. Augusta Cipriano Jorge Soares Paula Chaves	<u>Bioestatística</u> António Gouveia Henrique Barros Luís Carrilho Ribeiro Mário Dinis Ribeiro Vitor Rodrigues	J. Lemos Barreiras 1995 - 1997
<b>Editores-Adjuntos</b> Beatriz Costa Neves, F. Castro Poças, Pedro Figueiredo	<u>Vias Biliares</u> António Marques António Pinto Correia Armando Ribeiro Nuno Grima Jorge Canena	<u>Cirurgia Digestiva</u> A. Carlos Saraiva F. Castro e Sousa	<u>Cuidados Intensivos</u> José Manuel Romãozinho Paula Alexandrino	Miguel Carneiro de Moura 1997 - 2001
<b>Editores Web-SPG</b> Gilberto Couto, Leopoldo Matos, Sandra Faias				Leopoldo Matos 2001 - 2003
<b>Editores Web-SPED</b> Nuno Almeida, Rolando Pinho				José Velosa 2003 - 2007
<b>Secretária de Edição</b> Andreia Neto e-mail: gejournal@mail.telepac.pt				António Alberto Santos 2007 - 2009

## Corpo editorial

A. Alberto Santos Adélia Simão Adília Costa Aires Figueiredo Albano Rosa Alexandre Sarmento Ana Horta e Vale Ana Isabel Lopes Ana Paula Oliveira Ana Paula Silva Ana Teresa Cadime Angelo de Mattos (Brasil) António Banhudo António Curado Armando Carvalho Arsénio Santos A. Sousa Guerreiro Beatriz C. Neves Beatriz Rodrigues Bento Charrua Carla Marinho Carlos Noronha Ferreira Carlos Sofia Cidalina Caetano	Cilénia Baldaia Cláudia Delgado Cristina Chagas Cristina Valente Elídio Barjas Ermelinda Camilo Estela Monteiro Fernando Magro Fernando Pereira F. Castro Poças F. Távora Veloso Fátima Augusto Fátima Monteiro Fátima Serejo Fernando Ramalho Filipe Calinas Francisco Portela Gilberto Couto Gonçalo Cordeiro Ferreira Guilherme Macedo H. Cortez-Pinto Helder Cardoso Helena Lomba Viana Horácio Guerreiro	Horácio Gutierrez (Uruguai) Inês Pó Isabel Claro Isabelle Cremers Isabel Gonçalves Isabel Pedrotto J. Pina Cabral João Carvalho João Freitas João de Deus João Mangualde João Pimentel Jorge Amil Dias Jorge Areias Jorge Canena Jorge Esteves Jorge Fonseca José Cotter José Fraga José Manuel Ferreira José Manuel Pontes José Manuel Romãozinho José Pedrosa	José Soares José Velosa Júlio Leite L. Moreira Dias Luís Carrilho Ribeiro Luís Correia Luís Novais Luís Tomé Luísa Glória Maria João Moreira Mariana Machado Marta Salgado Mendonça Santos Mário Dinis Ribeiro Miguel Bispo Narcisa Fatela Nuno Almeida Nuno Nunes Paula Lago Paula Ministro Paula Moura Santos Paula Peixe Paulo Fidalgo Paulo Souto	Pedro Amaro Pedro Figueiredo Pedro Lage Pedro Moutinho Ribeiro Pedro Pimentel Nunes Raymundo Paraná (Brasil) Regina Gonçalves Rolando Pinho Rui Santos Rui Silva Rui Tato Marinho Rui Sousa Rui Victorino Sandra Faias Sara Alberto Sara Ferreira Sílvia Barrias Susana Lopes Teresa Freitas Vitor Fernandes
--	--	--	--	---

## Edição e Publicidade



Rua Padre Luís Aparício nº 11 3ªA, 1150-248 Lisboa | Coordenação Editorial | Aida Borges | 213 584 307  
Publicidade 213 584 300 e-mail: publicidade@serrapinto.com | Paginação e pré-impressão Temporadesign  
Impressão | Plus Print Lda | Al das Linhas das Torres nº 179 | 1750-142 Lisboa | Tiragem 4.000 exemplares

Valor de Assinatura

Unidade: 10 euros (sem IVA)  
Anual: 55 euros (sem IVA)

Órgão Oficial das Sociedades



www.spg.pt



www.sped.pt



www.apef.com.pt

Revista médica bimestral. Publica-se em Fevereiro, Abril, Junho, Agosto, Outubro, Dezembro. Registo na ERC sob o nº 117866. Propriedade da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia - Av. António José de Almeida, nº 5F - 8º, 1000-042 Lisboa Tel. 217 995 532 Fax 217 995 538 e-mail: gejournal@mail.telepac.pt Depósito legal: 91402/95





Sociedade Portuguesa  
de Gastrenterologia

Sociedade Portuguesa  
de Gastrenterologia

[www.spg.pt](http://www.spg.pt)

**DIRECÇÃO (2009-2011)**

**Presidente** - Jorge Areias  
**Vice-Presidentes** - Hermano Gouveia  
Leopoldo Matos, José Cotter  
**Secretária-Geral** - Beatriz Costa Neves  
**Tesoureiro** - Eduardo Pires  
**Vogais** - Ana Horta e Vale, Américo Silva,  
António Curado, Dário Gomes, F. Castro  
Poças, Gilberto Couto, José Estevens,  
Luís Alberto, Paulo Souto, Pedro Amaro,  
Rui Tato Marinho, Rui Silva, Sandra Faias

**ASSEMBLEIA GERAL**

**Presidente** - José Velosa  
**Vice-Presidente** - Tristan Barros  
**Secretária** - Isabel Pedroto

**CONSELHO FISCAL**

**Presidente** - Carlos Sofia  
**Secretária** - Maria do Céu Salgado  
**Vogal** - Nuno Nunes



Sociedade Portuguesa  
de Endoscopia Digestiva

[www.sped.pt](http://www.sped.pt)

**DIRECÇÃO (2009-2011)**

**Presidente** - Marie Isabelle Cremers  
**Vice-Presidentes** - Guilherme Macedo  
Pedro Figueiredo, António Dias Pereira  
**Secretário-Geral** - Jorge Esteves  
**Tesoureiro** - António Marques  
**Vogais** - Ana Teresa Cadime, Cristina  
Chagas, Fernando Pereira, Margarida  
Sampaio, Mário Dinis Ribeiro,  
Nuno Nunes, Paula Ministro

**ASSEMBLEIA GERAL**

**Presidente** - José Manuel Romãozinho  
**Vice-Presidente** - Bento Charrua  
**Secretário** - José Pedrosa

**CONSELHO FISCAL**

**Presidente** - Venâncio Mendes  
**Secretário** - José Pina Cabral  
**Vogal** - António Curado



Associação Portuguesa  
para o Estudo do Fígado

[www.apef.com.pt](http://www.apef.com.pt)

**DIRECÇÃO (2009-2011)**

**Presidente** - Guilherme Macedo  
**Vice-Presidente** - Armando Carvalho  
**Secretária-Geral** - Paula Peixe  
**Tesoureira** - Regina Gonçalves  
**Vogais** - Ana Paula Silva, Dário Gomes,  
Miguel Raimundo

**ASSEMBLEIA GERAL**

**Presidente** - Rui Tato Marinho  
**Vice-Presidente** - Leopoldo Matos  
**Secretária** - Adélia Simão

**CONSELHO FISCAL**

**Presidente** - Jorge Areias  
**Secretária** - Fátima Serejo  
**Vogal** - Filipe Calinas

SECÇÕES ESPECIALIZADAS DA SPG



Núcleo de Motilidade  
Digestiva

**DIRECÇÃO (2009-2011)**

**Presidente** - João Carvalho  
**Secretária-Geral** - Teresa Freitas  
**Vogais** - Luís Correia, Maria do Céu  
Salgado, Paulo Souto



Grupo Português de Ultrassons  
em Gastrenterologia (GRUPUGE)

**DIRECÇÃO (2009-2011)**

**Presidente** - Eduardo Pereira  
**Vice-Presidentes** - Francisco Portela  
Helena Lomba Viana  
**Secretário-Geral** - Mário Dinis Ribeiro  
**Vogais** - António Alberto Santos,  
António Marques, F. Castro Poças

**ASSEMBLEIA GERAL**

**Presidente** - José Manuel Pontes  
**Secretário** - Pedro Pinto Marques

**SEEP**

Secção Especializada de Endoscopia  
Pediátrica

**DIRECÇÃO (2009-2011)**

**Presidente** - Fernando Pereira  
**Vogais** - Ana Isabel Lopes, Eunice Trindade



Clube Português  
do Pâncreas

[www.cppancreas.com](http://www.cppancreas.com)

**DIRECÇÃO (2009-2011)**

**Presidente** - Teresa Antunes  
**Vice-Presidente** - Rui Sousa  
**Secretária** - Manuela Noronha  
**Vogais** - Albano Rosa, António Marques,  
Jorge Silva, Rui Palma

**GEPID**

Grupo de Estudos  
do Intestino Delgado (GEPID)

**DIRECÇÃO (2009-2011)**

**Presidente** - Pedro Figueiredo  
**Secretária** - Teresa Costa Macedo  
**Vogais** - Gilberto Couto, Nuno Almeida,  
Rolando Pinho



# z i r - f o s<sup>®</sup>

**30**  
Saquetas

BioSaúde - Produtos Farmacêuticos, Lda. - Departamento de Marketing • Avenida João Malhoa, nº2, Edifício Malhoa Plaza, Escritório 2.2 1070-325 LISBOA • Telefone: 21 722 61 10 • Fax: 21 722 61 19  
Capital Social: € 200.200,00 • Mat. Conserv. Reg. Com. de Lisboa sob o nº 3314 • Contribuinte nº 502 857 722 • Para mais informações deverá contactar a BioSaúde • ZRF/03/ciclo2/2011 - Data de elaboração: 15/03/2011

BIO SAÚDE



Também disponível em  
apresentação de 12 saquetas

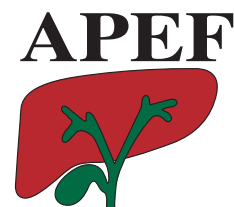


Harmonia  
Para o Intestino

# Organização



Sociedade Portuguesa  
de Gastrenterologia



**CPP** Clube Português  
do Pâncreas



**GEPID**



**Secção Especializada de Endoscopia Pediátrica (SEEP)**

# Colaboração



# Comissão Organizadora

## **PRESIDENTE**

Leopoldo Matos

## **VICE-PRESIDENTES**

Marie Isabelle Cremers

Guilherme Macedo

## **DIRECTORES DO CURSO**

António Marques

Nuno Nunes

## **COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTÍFICA**

Ana Isabel Lopes (SGNP-SPP)

António Alberto Santos (GRUPUGE)

António Curado (SPG)

António Dias Pereira (SPED)

António Marques (SPED)

Beatriz Costa Neves (SPG)

Carmen Ribeiro (ANEED)

Cristina Chagas (SPED)

Eduardo Pires (SPG)

Gilberto Couto (SPG)

Ima Figueiredo (ANEED)

João Ramos Deus (SPC/GEDII)

Jorge Esteves (SPED)

José Estevens (SPG)

Leopoldo Matos (SPED)

Marie Isabelle Cremers (SPED)

Margarida Sampaio (SPED)

Miguel Raimundo (APEF)

Nuno Nunes (SPED)

Paula Peixe (APEF)

Paula Rodrigues (ANEED)

Rafael Oliveira (ANEED)

Rui Marinho (SPG)

Sandra Faias (SPG)

Teresa Antunes (CPP)

Teresa Costa Macedo (GEPID)

## **SECRETARIADO SPG – SPED – APEF**

Maria José Ilharco (Coordenadora/Gestora)

Andreia Neto (Assistente Sénior)

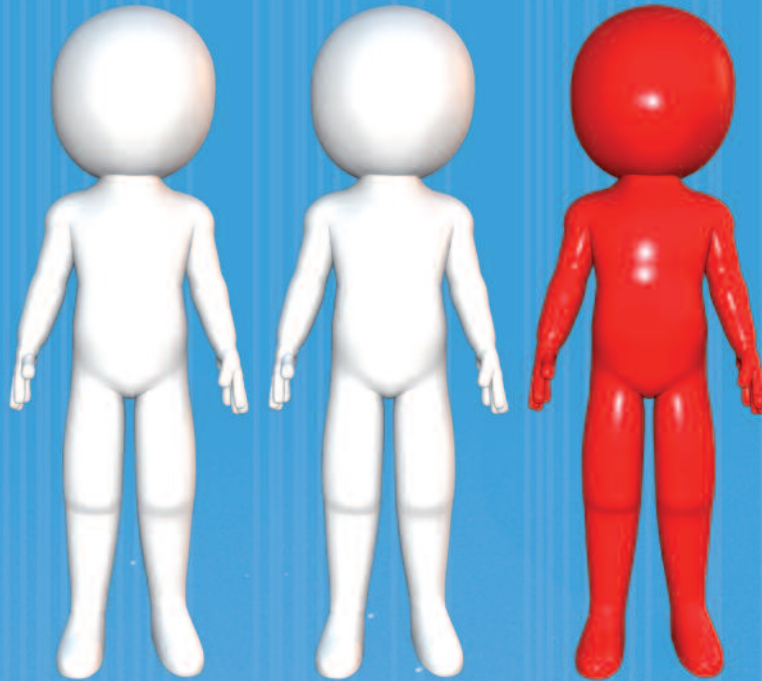
Maria Nolasco (Assistente)

Teresa Jorge (Assistente)

Cândida Rodrigues (Auxiliar)







# 1 em cada 3 portugueses vive limitado pela Intolerância à Lactose



## Ajude a normalizar o seu dia-a-dia com Lisolac®

Melhoria **comprovada** <sup>(1)</sup> nos resultados do Teste Respiratório de Hidrogénio e nos **sintomas gastrointestinais** associados à ingestão de lactose.

-  **Eficaz** <sup>(2)</sup>
-  **Prático** <sup>(2)</sup>
-  **Sem efeitos secundários** <sup>(2)</sup>
-  **Sem contra-indicações** <sup>(3)</sup>



#### Bibliografia

1) Ojetti V, Gigante G, Gabrielli M, et al. The effect of oral supplementation with Lactobacillus reuteri or tilactase in lactose intolerant patients: randomized trial. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2010;14:1-8.  
2) Montalto M, Curigliano V, Santoro L, et al. Management and treatment of lactose malabsorption. World J Gastroenterol 2006;14:12(2):187-191.

3) RCM LISOLAC®

1. NOME DO MEDICAMENTO Lisolac 4 000 U ONPG cápsulas 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA Cada cápsula contém 4 000 U ONPG de tilactase. Lista completa de excipientes, ver secção 6.1. 3. FORMA FARMACÉUTICA Cápsula. Cápsulas brancas. 4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS 4.1. Indicações Terapêuticas Lisolac está indicado na intolerância à lactose. 4.2. Posologia e Modo de Administração Intolerância ao leite Adultos Dissolver o conteúdo de 2 a 4 cápsulas em cerca de 200 ml de leite. Lactentes Dissolver o conteúdo das cápsulas: 1 a 2 cápsulas em 150 ml de leite; 2 a 4 cápsulas para maior quantidade. 4.3. Contra-indicações Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Não sendo absorvida, a tilactase mostrou tolerância total. O tratamento apenas deve ser suspenso se surgir alergia ou hipersensibilidade confirmadas. 4.4. Advertências e precauções especiais de utilização A utilização de lactase aumenta a absorção de açúcares (glucose e galactose) podendo conduzir à descompensação em doentes com Diabetes Mellitus. 4.5. Interações medicamentosas e outras formas de interacção Desconhecem-se quaisquer interações. 4.8. Efeitos indesejáveis Não são conhecidos efeitos indesejáveis. 7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO TECNIMÉDE - Sociedade Técnico-Medicinal, S.A. Rua da Tapada Grande, 2 Abrunheira 2710-089 Sintra Tel. 21 041 41 00 Fax: 21 041 41 06 E-mail: dmktm@tecnimede.pt Medicamento Sujeito a Receita Médica Regime de Participação: Escalão C Para mais informações contactar o detentor de AIM.

## Participantes no programa científico

A. López Rocha  
 A. Vaz Carneiro  
 Adolfo Parra  
 Albano Rosa  
 Alfredo Alberti  
 Américo Silva  
 Ana Isabel Lopes  
 Ana M<sup>a</sup> Horta e Vale  
 Ana Margarida Vieira  
 Ana Teresa Cadime  
 Anabela Pinto  
 Antónia Duarte  
 António Alberto Santos  
 António Banhudo  
 António Curado  
 António Marques  
 Armando Carvalho  
 Armando Ribeiro  
 Beatriz Costa Neves  
 Bento Charrua  
 C. Nobre Leitão  
 Carla Cardoso  
 Carla Rolanda  
 Carlos Sofia  
 Carmen Garre  
 Catarina Maltez  
 Cecília Rodrigues  
 Chris Mulder  
 Clement Imrie  
 Cristina Chagas  
 Dário Gomes  
 David Marques  
 David Serra  
 Eduardo Pereira  
 Eduardo Pires  
 Ellison Bibby  
 Fátima Augusto  
 Fernando Magro  
 Fernando Pereira  
 Filipe Calinas  
 Francisco Baldaque  
 Francisco Portela  
 Giorgio Stassi  
 Guilherme Macedo  
 Haru Inoue

Helena Cortez-Pinto  
 Helena Oliveira  
 Henrique Morna  
 Hermano Gouveia  
 Horácio Guerreiro  
 Inês Luís  
 Isabel Gonçalves  
 Isabel Pedroto  
 Isabelle Cremers  
 J. E. Pina Cabral  
 J. Lemos Barreiras  
 Jacques Denis  
 João Carvalho  
 João Coimbra  
 João de Deus  
 João Eurico  
 João Freitas  
 João Gíria  
 João Malaquias  
 João Pimentel  
 Jorge Amil  
 Jorge Areias  
 Jorge Canena  
 Jorge Esteves  
 Jorge Fonseca  
 José Cotter  
 José Fraga  
 José Galvão Alves  
 José M. Romãozinho  
 José Pedrosa  
 José Soares  
 José Velosa  
 L. Carrilho Ribeiro  
 Luís Moreira Dias  
 Luís Novais  
 Luís Tomé  
 Margarida Sampaio  
 Maria Ferreira  
 Marília Cravo  
 Mário Dinis-Ribeiro  
 Miguel Areia  
 Miguel Carneiro Moura  
 Miguel Mascarenhas Saraiva  
 Miguel Raimundo  
 Nuno Almeida

Nuno Alves  
 Nuno Nunes  
 Paula Alexandrino  
 Paula Borralho  
 Paula Chaves  
 Paula Lago  
 Paula Ministro  
 Paula Peixe  
 Paulo Caldeira  
 Paulo Fidalgo  
 Paulo Souto  
 Pedro Amaro  
 Pedro Baptista  
 Pedro Figueiredo  
 Pedro Pereira  
 Pedro Pinto Marques  
 Peter Siersema  
 Regina Gonçalves  
 Ricardo Gorjão  
 Robin Spiller  
 Rui Marinho  
 Rui Palma  
 Rui Silva  
 Rui Sousa  
 Sandra Faias  
 Susana Mão de Ferro  
 Teresa Antunes  
 Teresa Costa Macedo  
 Teresa Freitas

Rui Marinho  
 Teresa Costa Macedo

### VII ENCONTRO ANEED

Carmen Ribeiro  
 Elsa Monteiro  
 Isabel Saraiva  
 Isadora Ligeiro  
 Maria Isabel Pampulha  
 Maria José Freitas  
 Mónica Matos  
 Rafael Oliveira

### O Público e os Médicos

Ana Sampaio  
 Armando Carvalho  
 Emília Rodrigues  
 Helena Vasconcelos  
 Jaime Ramos  
 Lurdes Tavares  
 M. José Campos  
 Paula Peixe  
 Raquel Gonçalves  
 Rui Marinho

### Cursos Práticos - Formadores

Adélia Simão  
 António Banhudo  
 António Gouveia  
 António Marques  
 Eduardo Pereira  
 Fátima Serejo  
 Filipe Calinas  
 Helena Pessegueiro  
 João Carvalho  
 João Gamelas  
 José Cabral  
 Nuno Silva

# Actualize-se e visite os sites da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado

www.spg.pt

The screenshot shows the homepage of the Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG). At the top, there is a navigation bar with the SPG logo and the text 'DESTAQUES' and 'Jornal Português de Gastrenterologia'. Below the navigation bar, there are several sections: 'SPG Destques', 'GE - J Port Gastro', 'CERGA', 'Secções da SPG', 'Agenda / Eventos', 'Notícias', 'Bolsas / Prémios', 'Biblioteca', 'História', 'Público', 'Ligações', 'Pesquisa', 'Parceiros', and 'Membros'. There are also links for 'ver mais' under each of these sections. At the bottom, there are logos for Abbott, MSD, JANSSEN-Cilag, and Roche.

www.sped.pt

The screenshot shows the homepage of the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). The main heading is 'Semana Digestiva 2011 Centro de Congressos do Estoril 1 a 4 de Junho de 2011'. Below this, there is a navigation bar with the SPED logo and the text 'www.sped.pt'. The main content area is divided into several sections: 'Apresentação', 'SPED em Notícias', 'Bolsas e Prémios', 'Perguntas à SPED', 'Campanha Colo-Rectal', 'Campanha de Rastreo do CCR', '5º Sessão de Gastrenterologia', 'SEMANA DIGESTIVA 2011', 'GE Março/Abril 2011', 'COLON E RECTO', 'NOVO SITE!', 'Destques', 'JA online: Programas Preliminares e Cursos Práticos', 'Faça já a sua inscrição, Deadline - 20 de Maio!', and 'Alerta novo número'. There are also links for 'ver mais' under each of these sections. At the bottom, there are logos for Abbott, MSD, JANSSEN-Cilag, and Roche.

www.apef.com.pt

The screenshot shows the homepage of the Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF). The main heading is 'Semana Digestiva 2011 Centro de Congressos do Estoril 1 a 4 de Junho de 2011'. Below this, there is a navigation bar with the APEF logo and the text 'www.apef.com.pt'. The main content area is divided into several sections: 'Destques', 'SEMANA DIGESTIVA 2011', 'BOLSAS E PREMIO', 'GUIDELINES', 'APEF participou na Reunião Internacional da EASL em Berlim', 'Data: 1 a 4 de Junho de 2011', 'Local: Centro de Congressos do Estoril', 'JA online: Programas Preliminares e Cursos Práticos', 'EASL publica a nova Guideline sobre o "Tratamento da infeção pelo vírus da Hepatite C"', and 'Prémio Investigação 2011 UEGF'. There are also links for 'ver mais' under each of these sections. At the bottom, there are logos for Abbott, MSD, JANSSEN-Cilag, and Roche.

# Júris

## Júri de Selecção de Resumos

### TUBO DIGESTIVO

Francisco Portela  
Laura Carvalho  
Maria Antónia Duarte  
Sandra Faias  
Sílvia Barrias

### FÍGADO

Ana Luísa Alves  
Armando Carvalho  
Carla Marinho  
Fátima Serejo  
Paula Peixe

### PÂNCREAS E VIAS BILIARES

David Serra  
Ernestina Camacho  
F. Castro Poças  
Jorge Esteves  
Pedro Moutinho Ribeiro

### TÉCNICAS

Cristina Chagas  
Eduardo Pereira  
Pedro Amaro  
Pedro Pinto Marques  
Rui Almeida Silva

## Júri de Prémios

### MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

Maria do Céu Salgado – presidente  
Ana Paula Silva  
Beatriz Rodrigues  
Edgar Panão  
Gilberto Couto

### MELHOR POSTER

José Estevens – presidente  
Eunice Trindade  
Helena Lomba Viana  
Luís Correia  
Rolando Pinho

### MELHOR INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

A. Dias Pereira – presidente  
José Carlos Martins  
Luís Alberto  
Manuela Noronha  
Tristan Barros

### PRÉMIO CPP - MELHOR TRABALHO SOBRE PATOLOGIA PANCREÁTICA

Teresa Antunes - presidente  
António Curado  
Rui Palma





## Mensagem de Boas vindas

A Comissão Organizadora da primeira edição da Semana Digestiva, prolongamento no tempo do Congresso Nacional de Gastrenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia, espera atingir os objectivos propostos na "Carta de Intenções" assinada em Junho de 2010, pelos Presidentes das respectivas Direcções (SPG, SPED e APEF): "é a realização científica anual, mais importante das três Sociedades":

Esperamos que todos os Congressistas sintam que esta reunião científica é um momento agregador, de actualização e aquisição de conhecimentos, além de estímulo aos melhores.

Pretendemos que fosse também, um momento de encontro de todos os que têm em comum a gastrenterologia e os seus saberes, como pólo de convergência. Assim, tivemos connosco na elaboração e desenho do programa as Secções Especializadas da SPG e SPED, além da Sociedade Portuguesa de Pediatria, Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, GEDII, Associação de Enfermeiros (ANEED) e de Doentes (APDI, SOS Hepatites e GAT).

Conseguimos reunir um grupo de conferencistas nacionais e estrangeiros de qualidade que garantem estímulo científico e profissional para quem os ouvir, assim como o grande número de palestrantes que colaboram em todos os momentos científicos. Não descurando a formação pós-graduada, vamos realizar o Curso Pós-Graduado de Endoscopia Digestiva e cursos práticos de temas emergentes e necessários para o bom desempenho do médico do século XXI.

O envio dos trabalhos científicos para apresentação, demonstrou interesse na participação activa de muitos de nós, o que agradecemos, assim como o trabalho árduo e exigente dos júris de selecção.

Os habituais patrocinadores, entenderam os nossos objectivos e apesar das dificuldades de momento, foram importantes parceiros desta organização, envolvendo-se não só no apoio financeiro, mas também na procura das melhores soluções. A Comissão Organizadora está muito reconhecida.

Pensamos que com todo este caminho percorrido, pode o Colega encontrar ambiente científico e social estimulante e agradável. É também este um dos objectivos importantes para os Organizadores.

Desejamos-lhe, Caro Congressista, uma agradável estadia no Estoril e uma proveitosa reunião científica.

A Comissão Organizadora

**Leopoldo Matos**

(Presidente)

# Curso Pós Graduatede Endoscopia Digestiva

Um problema, uma ou mais técnicas

Auditório J. Pinto Correia

Directores do Curso: António Marques e Nuno Nunes

1 Junho 2011

8.00  
ABERTURA DO SECRETARIADO

8.30  
URGÊNCIAS – ABORDAGEM ENDOSCÓPICA  
Hemorragia digestiva alta – novas tecnologias  
Moderador: Isabel Pedroto

Rotura de varizes  
Pedro Pereira  
Úlcera péptica  
Rui Palma

9.30  
IATROGENIA – RESOLUÇÃO DE COMPLICAÇÕES  
Moderador: J. E. Pina Cabral

Perfurações - afinal onde estou? Técnicas de encerramento  
Carla Rolanda  
Complicações cirúrgicas do tubo digestivo  
Rui Silva

10.15  
CHECK-LIST DE SEGURANÇA EM ENDOSCOPIA  
Presidente: Paula Alexandrino  
Conferencista: Ana Teresa Cadime

10.30  
VISITA A EXPOSIÇÃO TÉCNICA

11.00  
ICTERÍCIA  
Moderador: Américo Silva

Estenoses  
João Coimbra

Litíase  
Nuno Nunes  
Ampuloma  
David Serra

12.30  
ALMOÇO

13.30  
DIVERTÍCULO DE ZENKER - MIOTOMIA ENDOSCÓPICA  
Presidente: Isabelle Cremers  
Conferencista: Chris Mulder

14.00  
LESÕES PANCREÁTICAS - ECOENDOSCOPIA  
Moderador: Francisco Portela

Lesões quísticas  
Sandra Faias  
Lesões sólidas  
Pedro Pinto Marques

14.45  
LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS E NEOPLÁSICAS DO TUBO DIGESTIVO  
Moderador: Pedro Amaro

Esófago de Barrett  
Francisco Baldaque

Lesões planas do estômago – métodos de ressecção  
Mário Dinis-Ribeiro

15.45  
VISITA A EXPOSIÇÃO TÉCNICA

16.15

**NOVAS TÉCNICAS EM ENDOSCOPIA**

**Moderador:** José Cotter

**Colangioscopia e pancreatoscopia**

António Marques

**Elastografia**

Eduardo Pereira

**Cápsula do Cólon**

Pedro Figueiredo

17.15

**MIOTOMIA PER ORAL ENDOSCÓPICA DA ACALÁSIA**

**Presidente:** Guilherme Macedo

**Conferencista:** Haru Inoue

18.00

**ENCERRAMENTO**

18.00

**ASSEMBLEIA-GERAL SPED**



# Semana Digestiva 2011

2 Junho 2011

8.00  
ABERTURA DO SECRETARIADO

8.00 - 9.15  
CURSOS PRÁTICOS

9.30  
Auditório J. Pinto Correia  
**SESSÃO PLENÁRIA DE COMUNICAÇÕES**  
**Moderadores:** Helena Cortez-Pinto e Mário Dinis-Ribeiro

**1 - INFLUÊNCIA DOS POLIMORFISMOS DOS GENES IL-2 3R E MDR 1 NO FENÓTIPO DA DOENÇA DE CROHN (DC) E NA RESPOSTA À TERAPÊUTICA**  
Cravo M., Ferreira P., Sousa P., Moura Santos P., Tavares L., Peixe P., Pereira da Silva J., Velosa J., Brito M.

**2 - MELHORIA SIGNIFICATIVA NA PREDIÇÃO DE MORTALIDADE HOSPITALAR EM CIRRÓTICOS PELO SCORE MELD TOMANDO EM CONTA INFECÇÕES E COLESTEROL TOTAL.**  
Carlos Noronha Ferreira, Teresa Rodrigues, Helena Cortez-Pinto, Fátima Serejo, Fernando Ramalho, José Velosa

**3 - PROCALCITONINA, ANTITROMBINA III E BISAP COMO FACTORES DE PROGNÓSTICO NA PANCREATITE AGUDA? ANÁLISE PRELIMINAR**  
Pedro Silva Vaz, Ana Caldeira, Sergiu Usurelu, Ana Monteiro, Sara Correia, Rui Rainho, Rui Sousa, António Gouveia, António Banhudo, Arnandina Loureiro

**4 - DESREGULAÇÃO DA ACTIVIDADE DOS RECEPTORES TOLL-LIKE (TLR) ASSOCIADA A AUMENTOS DA COX-2 NA CARCINOGENESE COLORECTAL**  
P. Pimentel-Nunes, J.B.Souares, N. Gonçalves, I. Boal-Carvalho, E. Cardoso, L. Afonso, P. Lopes, R. Henrique, L. Moreira-Dias, R. Roncon-Albuquerque Jr, M. Dinis-Ribeiro, A. Leite-Moreira

**5 - EXPRESSÃO DO MIRNA-34 NO FÍGADO DE DOENTES COM FÍGADO GORDO NÃO ALCÓOLICO E SUA POTENCIAL MODULAÇÃO**  
Ferreira D.M.S, Machado M.V., Cortez-Pinto H., Rodrigues C.M.P., Castro R.E.

**6 - VALIDAÇÃO MULTICÊNTRICA DUMA CLASSIFICAÇÃO ENDOSCÓPICA COM NBI PARA O DIAGNÓSTICO DE LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS E DISPLASIA GÁSTRICA**  
P. Pimentel-Nunes, J. B. Soares, R. Marcos-Pinto, C. Santos, C. Rolanda, R. P. Bastos, M. Areia, L. Afonso, J. Bergman, P. Sharma, T. Gotoda, R. Henrique, L. Moreira-Dias, M. Dinis-Ribeiro

11.00  
VISITA A POSTERS E EXPOSIÇÃO TÉCNICA

11.30  
Auditório J. Pinto Correia  
**SESSÃO DE ABERTURA E ENTREGA DE PRÉMIOS**

11.45  
Auditório J. Pinto Correia  
**DESAFIO ONCOLÓGICO AO GASTROENTEROLOGISTA (Apoio Bayer)**  
**Moderadores:** Hermano Gouveia e Luís Moreira Dias

**Oncologia e Gastrenterologia**  
Paulo Fidalgo  
**Stem Cells and Digestive Cancer**  
Giorgio Stassi

**Oncology CV for the Gastroenterologist**  
Chris Mulder

13.30  
ALMOÇO

14.30

Auditório J. Pinto Correia

**WORKSHOP: DII – DOENÇA DE CROHN COMPLICADA  
SPG/SPED/GEDII**

**Moderadores:** Francisco Portela e João de Deus

**Etiopatogenia das complicações – mecanismos de reparação  
na doença de Crohn: “cura” vs fibrose**

Marília Cravo

**Doença perianal**

Paula Lago

**Doença abdominal estenosante e penetrante. Tratamento mé-  
dico-cirúrgico: estratégia terapêutica**

Paula Ministro e João Pimentel

Sala J. Gouveia Monteiro

**COMUNICAÇÕES ORAIS (FÍGADO)**

**Moderadores:** Luís Tomé e Fátima Augusto

**7 - IN SILICO ANALYSIS OF NATURAL POLYMORPHISM OF HE-  
PATITIS C VIRUS POLYMERASE (NS5B) AND RESISTANCE MU-  
TATIONS TO INHIBITOR**

Rafael S. Alves, Artur T.L. Queiroz, Edvaldo F. da Silva, Flair j. Car-  
rilho, Mário G. Pessoa, Isabel M. V. G. de Carvalho-Mello

**8 - NATURAL OCCURRENCE OF RESISTANCE MUTATIONS TO  
HCV NS3 PROTEASE INHIBITORS IN PATIENTS UNTREATED,  
CHRONICALLY INFECTED WITH GENOTYPE 3**

A Paola J.S. Provazzi, Rafael S. Alves, Artur T.L. Queiroz, Paula Ra-  
hal, Isabel M.V.G. de Carvalho-Mello

**9 - ESTUDO DA REGENERAÇÃO HEPÁTICA, POR MÉTODOS CIN-  
TIGRÁFICOS, NO DOENTE IDOSO SUBMETIDO A HEPATECTOMIA**  
Fernandes A, Tralhão JG., Abrantes A. M., Oliveiros B., Ferreira M.,  
Botelho M. F., Castro e Sousa F.

**10 - COMPARAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DA MICROBIOTA ENTRE  
DOIS MODELOS DE DIETA DE ESTEATOHEPATITE NÃO AL-  
COÓLICA NO RATINHO**

Vale do Gato I., Cortez-Pinto H., Machado J., Chaves P., Santos A. M.,  
Pereira T., Lopes T., Guerreiro A.S.

**11 - PREVALÊNCIA E SIGNIFICADO CLÍNICO DA INFECÇÃO  
OCULTA PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM DOENTES COM DOEN-  
ÇA HEPÁTICA CRÓNICA ASSOCIADA AO VÍRUS DA HEPATITE C**  
Cardoso C., Alves A.L., Augusto F., Freire R., Gonçalves M., Quin-  
tana C., Oliveira A.P.

**12 - CORRELAÇÃO DO MELD COM AS CARACTERÍSTICAS FÍ-  
SICAS DA ECOGRAFIA HEPATOBILIAR NA CIRROSE HEPÁTICA**  
Ribeiro, R., Sanches, J., Velosa, J., Ramalho, F., Tato Marinho, R.  
Sala F. Carneiro Chaves

**WORKSHOP: PÂNCREAS: LESÕES PRECURSORAS NO CANCRO  
DO PÂNCREAS  
SPG/SPED/PPP**

**Moderadores:** Teresa Antunes e Rui Sousa

**Genética na patologia pancreática**

Sandra Faías

**Alterações moleculares e cancro do pâncreas**

Helena Oliveira

**Implicações genéticas nas novas abordagens terapêuticas**

Inês Luís

**CONFERÊNCIA**

**CHANGING CONCEPTS ON PROGNOSIS AND THERAPY OF PAN-  
CREATIC AND AMPULLARY CANCERS**

**(Apoio: Abbott II Products)**

**Presidente:** António Marques

**Conferencista:** Clement Imrie

16.00

**VISITA A POSTERS E EXPOSIÇÃO TÉCNICA**

16.30

Auditório J. Pinto Correia

**WORKSHOP: INTESTINO DELGADO – A CLÍNICA E A TÉCNICA  
SPG/SPED/GEPID**

**Moderadores:** Pedro Figueiredo e Teresa Costa Macedo

**Hemorragia digestiva média**

Nuno Almeida

**Cápsula: como resolver as dúvidas?**

Cristina Chagas

**Enteroscopia: qual escolher?**

Miguel Mascarenhas Saraiva

Sala J. Gouveia Monteiro

**COMUNICAÇÕES ORAIS (TUBO DIGESTIVO)**

**Moderadores:** Paulo Souto e Eduardo Pires

**13 - O microRNA-143 AUMENTA A APOPTOSE E REDUZ A PRO-  
LIFERAÇÃO DE CÉLULAS DE CANCRO COLORECTAL IN VIVO**

Borrvalho P.M., Simões A.E.S., Gomes S.E., Lima R.T., Carvalho T.,  
Castro R.E., Vasconcelos M.H., Rodrigues C.M.P.

**14 - MANUSEAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE TUMORES  
DO RECTO**

Schiappa, José M.

**15 - CO-LOCALIZAÇÃO DE CARCINOMAS E ADENOMAS FA-  
VORECE UM DEFEITO DE CAMPO SEGMENTAR NO CÓLON**

Rosa I., Fidalgo P., Chaves P., Pereira A.D.

**16 - DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA DE ESTENOSES NA DOENÇA DE CROHN**

Susana Lopes, Susana Rodrigues, Margarida Marques, Fernando Magro, Guilherme Macedo

**17 - RASTREIO DO CARCINOMA DO COLON E RECTO COM SIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL DE 5 EM 5 ANOS: MORTALIDADE APÓS 13 ANOS**

Serrano M., Pinto A., Sacarrão R., Fidalgo C., Belga S., Chaves P., Dias Pereira A.

**18 - POLIPOSE HIPERPLÁSICA COM HISTÓRIA FAMILIAR DE CANCRO DO CÓLON E RECTO E/OU PÓLIPOS: UMA ENTIDADE DISTINTA QUE DIFERE ENTRE O CÓLON PROXIMAL E DISTAL**

Silva P., Albuquerque C., Lage P., Fontes V., Fonseca R., Vitoriano I., Rodrigues P., Ferreira S., Sousa R., Claro I., Nobre Leitão C., Chaves P., Dias Pereira A.

Sala F. Carneiro Chaves

**WORKSHOP: QUALIDADE E CONDIÇÕES DE TRABALHO**

**Ordem dos Médicos/SPG/SPED/APEF/NGHD**

**Moderadores:** António Banhudo e Antónia Duarte

**Workforce management in Gastroenterology**

Chris Mulder

**Conciliar objectivos e recursos humanos**

Nuno Alves

**Internato Complementar de GE – uma visão para o futuro**

Miguel Areia

Sala António Catita

**MOMENTO COM O ESPECIALISTA**

**Doença do Refluxo Gastroesofágico**

**(Apoio Medicamenta)**

Jorge Canena

**18.00**

Auditório J. Pinto Correia

**ASSEMBLEIA-GERAL SPG**

**3 Junho 2011**

**8.00 - 9.15**

**CURSOS PRÁTICOS**

**9.30**

Sala F. Carneiro Chaves

**WORKSHOP: QUALIDADE EM COLONOSCOPIA**

**(Apoio Norgine)**

**SPG/SPED**

**Moderadores:** Isabelle Cremers e José M. Romãozinho

**Crítérios de Qualidade**

Jorge Esteves

**Limpeza do cólon**

Adolfo Parra

**Rastreo – Paradigma de Qualidade**

Anabela Pinto

Auditório J. Pinto Correia

**WORKSHOP: INTESTINO E FÍGADO – CONVERSA BINÁRIA APEF**

**Moderadores:** Armando Carvalho e Dário Gomes

**NASH e Ácidos Biliares**

Helena Cortez-Pinto e Cecília Rodrigues

**CEP e DII**

Paula Peixe e Fernando Magro

**Cirrose e Microbioma**

Filipe Calinas e Regina Gonçalves

Sala J. Gouveia Monteiro

**WORKSHOP: NOVAS MODALIDADES DA ULTRASSONOGRRAFIA DIGESTIVA**

**(Apoio Hitachi e Bracco)**

**SPG/GRUPUGE**

**Moderadores:** Eduardo Pereira e António Alberto Santos

**Sonoelastografia em tempo real: aplicações clínicas em Gastroenterologia**

Ellison Bibby

**Ecoendoscopia de intervenção: que futuro**

Pedro Pinto Marques

**Contrastes em patologia hepática e pancreática**

Carmen Garre

**Sonofilia: uma forma de interacção médico-doente**

Eduardo Pereira

**11.00**

**VISITA A POSTERS E EXPOSIÇÃO TÉCNICA**

**11.30**

Auditório J. Pinto Correia

**CONFERÊNCIA: BIOENGENHARIA DE UM FÍGADO HUMANO (Apoio Gilead)**

**Presidente:** José Velosa

**Conferencista:** Pedro Baptista

**12.15 - 13.00**

Auditório J. Pinto Correia

**CONFERÊNCIA: STENTS IN GI TRACT**

**Presidente:** C. Nobre Leitão

**Conferencista:** Peter Siersema

12.30

Sala J. Gouveia Monteiro

**CONFERÊNCIA: O CAFÉ E AS DOENÇAS HEPÁTICAS**

(Apoio AICC)

**Presidente:** A. Vaz Carneiro

**Conferencista:** Rui Marinho

13.00

**ALMOÇO**

14.30

Sala F. Carneiro Chaves

**WORKSHOP: DOENÇAS FUNCIONAIS - SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL: IRRITABILIDADE E INFLAMAÇÃO - AJUSTANDO AS PEÇAS DO PUZZLE**

(Apoio A. Menarini Portugal)

**SPG/NMD**

**Moderadores:** João Carvalho e Miguel Mascarenhas Saraiva

**Definição e Diagnóstico**

Luís Novais

**Papel da Inflamação e da Irritabilidade**

Robin Spiller

**Manifestações Funcionais na DII**

Francisco Portela

**Terapêutica Baseada na Fisiopatologia**

Robin Spiller

Auditório J. Pinto Correia

**SESSÃO INTERACTIVA DE CASOS CLÍNICOS**

(Apoio MSD)

**Moderadores:** Horácio Guerreiro, João Freitas e Armando Carvalho

Sala J. Gouveia Monteiro

**COMUNICAÇÕES ORAIS (TÉCNICAS)**

**Moderadores:** Margarida Sampaio e José Pedrosa

**19 - ABLAÇÃO DE DISPLASIA GÁSTRICA POR RADIOFREQUÊNCIA**

Baldaque Silva F., Bastos P., Cardoso H., Macedo G.

**20 - USO DE PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS NO TRATAMENTO DE ESTENOSES ESOFÁGICAS BENIGNAS**

Canena J., Liberato M., Romão C., Coutinho A., Neves B.

**21 - AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA DOS ACHADOS INCIDENTAIS DIAGNOSTICADOS NA ECOENDOSCOPIA ALTA**

Bastos P., Ferreira F., Lopes S., Baldaque F., Macedo G.

**22 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA AVALIAÇÃO DE ROTINA PRÉVIA A CIRURGIA BARIÁTRICA - EXPERIÊNCIA DE 3 CENTROS HOSPITALARES**

Cardoso C., Herculano R., Veloso N., Dinis Silva J., Freire R., Santos S., Viveiros C., Oliveira A.P., Matos L.

**23 - PAPEL DA ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO NO MANEJO DA SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS**

Serrano M., Mão de Ferro S., Pinho R., Ferreira S., Claro I., Mascarenhas Saraiva M.

**24 - ESTUDO PILOTO DA AVALIAÇÃO DA ECOENDOSCOPIA NO ESTADIAMENTO LOCO-REGIONAL DO CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO**

Bastos P., Lopes S., Baldaque F., Ferreira F., Costa A., Macedo G.

Sala António Catita

**MOMENTO COM O ESPECIALISTA**

(Apoio Medicamenta)

**Tópicos Clínicos em Patologia Gastroduodenal**

J. E. Pina Cabral

Sala Ireneu Cruz

**INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS**

**Moderadores:** L. Carrilho Ribeiro e Jorge Fonseca

**25 - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE VOLUMOSO LIPOMA DUODENAL**

Rego A.C., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

**26 - ESOFAGITE DE ETIOLOGIA POUCO FREQUENTE**

Sousa A.L., Ornelas R., Eusébio M., Cadillá J., Enríquez J., Guerreiro H.

**27 - HISTOPLASMOSE DISSEMINADA**

Cardoso Figueiredo P., Fernandes V., Pinto Marques P., Freitas J.

**28 - COLOPATIA POR AINES**

Küttner Magalhães R., Ferreira J.M., Moreira T., Marcos Pinto R., Areias J.

**29 - TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO: A IMPORTÂNCIA DE UMA CORRECTA CLASSIFICAÇÃO**

Serrano M., Claro I., Fidalgo P., Faias S., Chaves P., Dias Pereira A.

**30 - LINFOMA FOLICULAR PRIMÁRIO DO INTESTINO DELGADO**

Albuquerque A., Magro F., Pereira P., Rodrigues S., Lopes S., Barreto F., Eloy C., Canelhas A., Macedo G.

**31 - ANEMIA FERROPÉNICA POR ENTERITE RÁDICA: UM CASO DOCUMENTADO POR VIDEOCÁPSULA E ENTEROSCOPIA**

Fidalgo C., Serrano M., Mão de Ferro S., Ferreira S., Chaves P., Dias Pereira A.



**32 - UMA SURPRESA INESPERADA**

Ferreira A, Eliseu L., Sampaio M., Sousa H.T., Contente L.

**33 - ÚLCERA GRANDE DA VÁLVULA ÍLEO-CECAL EM MULHER COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

Fernandes C., Amaral I., Veloso R., Pinto Pais T., Pinho R., Carvalho J., Fraga J.

**34 - A RELEVÂNCIA DA NECROSECTOMIA ENDOSCÓPICA NA PANCREATITE AGUDA NECROTIZANTE**

Arroja B., Rosa A., Duque G., Monsanto P., Almeida N., Amaro P., Ferreira M., Romãozinho J.M., Gouveia H., Sofia C.

**35 - NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL: UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO**

Pimentel R., Castro Ferreira J., Castro-Poças F., Areias J.

**36 - APLICAÇÃO DE AMPLATZER® SEPTAL OCCLUDER DEVICE (ASOD) NA DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE ESÓFAGO-GÁSTRICA**

Cardoso E., Silva R., Moreira-Dias L.

**37 - TÉCNICA RENDEZVOUS DE CPRE ASSISTIDA POR ECOENDOSCOPIA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE BILIAR TRANSPAPILAR**

Barreiro P., Pinto Marques P., Serra D., Herculano R., Matos L.

**38 - ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULAS PÓS-CIRÚRGICAS COM O NOVO SISTEMA "OVESCO - OVER-THE-SCOPE-CLIP" (OTSC): EXPERIÊNCIA INICIAL**

Veloso R., Proença L., Pinho R., Rodrigues A., Pais T., Fernandes C., Carvalho J., Fraga J.

**39 - FISTULA PLUG: OPÇÃO TERAPÊUTICA EM FÍSTULA GASTRO-CUTÂNEA**

Cardoso E., Silva R., Mesquita N., Moreira-Dias L.

16.00

**VISITA A POSTERS E EXPOSIÇÃO TÉCNICA**

16.30 - 18.00

Sala J. Gouveia Monteiro

**COMUNICAÇÕES ORAIS (PÂNCREAS E VIAS BILIARES)**

**Moderadores:** Albano Rosa e Bento Charrua

**40 - COMPARAÇÃO DOS ÍNDICES DE PROGNÓSTICO BISAP E RANSON NA PREVISÃO DA MORBILIDADE E MORTALIDADE NA PANCREATITE AGUDA GRAVE**

Lagos A.C., Rego A.C., Barjas E., Correia L., Valente A., Palma R., Alexandrino P., Velosa J.

**41 - ÍNDICE DE BISAP: UMA ALTERNATIVA SIMPLES**

Ricardo L., Cardoso F., Oliveira A., Rodrigues C., Figueiredo A., Horta D., Pires E., Deus J.

**42 - TERAPEUTICA ENDOSCÓPICA DE COLEÇÕES PERI-PANCREÁTICAS: DA DRENAGEM À NECROSECTOMIA**

Duque G., Rosa A., Lopes S., Souto P., Camacho E., Gomes D., Portela F., Ferreira M., Amaro P., Romãozinho J.M., Gouveia H., Sofia C.

**43 - TUMORES DO HILO TERAPÊUTICA PALEATIVA**

Liberato M., Canena J.

**44 - NÓDULOS PANCREÁTICOS SUBMETIDOS A PUNÇÃO GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: ANÁLISE DE 3 ANOS**

Carvalho R., Brito D., Pontes JM., Saraiva S., Areia M., Alves S., Cadime A.T.

**45 - COLEDOCOLITÍASE CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA**

Giestas S., Ferreira R., Carvalheiro J., Fernandes A., Agostinho C., Mendes S., Mesquita R., Panão E., Campos M.J.

Auditório J. Pinto Correia

**WORKSHOP: CEREGA/GE**

**Moderadores:** Carlos Sofia e António Curado

**Une expérience française d'études hépatogastroenterologiques multicentriques**

Jacques Denis

**Apresentação e resultados preliminares do estudo - HEPTOX**

Ana Margarida Vieira e Ana Luísa Alves

**Apresentação do Registo Nacional de Hepatites Víricas**

Paula Peixe

**Estratégia de Indexação de uma Revista**

João Eurico

Sala F. Carneiro Chaves

**WORKSHOP: OBSTIPAÇÃO - A SOLUÇÃO?**

(Apoio Norgine)

**SPP, SPG, SPED**

**Moderadores:** David Marques e Teresa Freitas

**Doença Importante**

A. López Rocha

**O papel da enfermagem**

Catarina Maltez

**Como resolver**

**Estado da arte: No adulto**

Carla Cardoso

**Na criança**

Maria Ferreira

16.30

Sala Ireneu Cruz

**NOVA ERA NO TRATAMENTO DA COLITE ULCEROSA  
(Apoio MSD)**

**Moderador:** Paula Peixe

**História Natural da Colite Ulcerosa**

Fernando Magro

**Dados do estudo UC SUCCESS**

Paula Lago

17:00

**CONFERÊNCIA: MANAGEMENT OF HEPATITIS B IN 2011 AND  
FUTURE PERSPECTIVES**

**(Apoio BMS)**

**Presidente:** Guilherme Macedo

**Conferencista:** Alfredo Alberti

18.00

Auditório J. Pinto Correia

**ASSEMBLEIA GERAL APEF**

Sala António Catita

**ASSEMBLEIA GERAL CPP**

Sala J. M. Carrilho Ribeiro

**ASSEMBLEIA GERAL GRUPUGE**

Sala F. Carneiro Chaves

**ASSEMBLEIA GERAL NMD**

Sala J. Gouveia Monteiro

**ASSEMBLEIA GERAL GEPID**

Sala António Donato

**ASSEMBLEIA GERAL S.E. DE ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA**

**4 Junho de 2011**

9.00

Auditório J. Pinto Correia

**WORKSHOP: SEGURANÇA NO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO  
DE NEOPLASIAS**

**SPED/A. Patológica / C. Geral**

**Moderadores:** Jorge Fonseca, Paula Borralho, João Gíria

**Follow-up de lesões pré-malignas do tubo digestivo**

Marília Cravo

**Pólipos de grandes dimensões – polipectomia vs cirurgia la-  
paroscópica**

Paulo Caldeira e João Malaquias

**CrITÉrios de segurança na terapêutica endoscópica de neo-  
plasias superficiais do tubo digestivo**

Susana Mão de Ferro e Paula Chaves

Sala F. Carneiro Chaves

**WORKSHOP: PEDIATRIA: PERSPECTIVA EVOLUTIVA DA IN-  
FÂNCIA À IDADE ADULTA  
SPP, SPG, SPED**

**Moderadores:** Ana Isabel Lopes e Fernando Pereira

**Na Doença de Crohn**

Jorge Amil e Fernando Magro

**Na Hepatite Auto-imune**

Isabel Gonçalves e Rui Marinho

Sala António Catita

**COMUNICAÇÕES ORAIS (TUBO DIGESTIVO)**

**Moderadores:** Beatriz Costa Neves e Henrique Morna

**46 - CRITÉRIOS DE BETHESDA PARA INSTABILIDADE DE MI-  
CROSSATÉLITES: IMPACTO NA DETECÇÃO DE NOVOS CASOS  
DE SÍNDROME DE LYNCH**

Serrano M., Lage P., Belga S., Filipe B., Francisco I., Fonseca R., Cha-  
ves P., Rodrigues P., Claro I., Albuquerque C., Dias Pereira A.

**47 - APLICAÇÃO DO SISTEMA OLGA DE ESTADIAMENTO DA  
GASTRITE CRÓNICA A UMA POPULAÇÃO DE RISCO: ESTUDO  
CASO-CONTROLO**

Marcos-Pinto R., Carneiro F., Wen X., Dinis-Ribeiro M., Lopes C.,  
Areias J.

**48 - ESTUDO DA RESISTÊNCIA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO  
HELICOBACTER PYLORI AOS AGENTES ANTI-MICROBIANOS  
- RESULTADOS PRELIMINARES**

Romãozinho J.M., Almeida N., Donato M.M., Luxo C., Cardoso O.,  
Cipriano M.A., Marinho C., Figueiredo R., Sofia C.

**49 - FAMILIARES DE PRIMEIRO GRAU DE DOENTES JOVENS  
COM CARCINOMA GÁSTRICO: FENÓTIPO, GENÓTIPO E IN-  
FECÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI**

Marcos-Pinto R., Dinis-Ribeiro M., Carneiro F., Machado J.C.,  
Figueiredo C., David L., Reis C., Ferreira R., Wen X., Lopes C.,  
Cirnes L., Ferreira J., Areias J.

**50 - PEQUENOS TUMORES GÁSTRICOS SUBMUCOSOS DA CA-  
MADA MUSCULAR: HISTÓRIA NATURAL E POTENCIAL DE MA-  
LIGNIDADE**

Faixas S., Silva J.P. Fonseca R., Dias Pereira A.

**51 - SCORE DE LEWIS E ACHADOS ENDOSCÓPICOS DA EN-  
TEROSCOPIA POR CÁPSULA NA DOENÇA DE CROHN**

Rosa B., Moreira M. J., Rodrigues S., Cardoso H., Rebelo A., Mar-  
ques M., Albuquerque A., Lopes S., Magro F., Dias C., Ma-  
cedo G., Cotter J.

Sala J. Gouveia Monteiro

**COMUNICAÇÕES ORAIS (FÍGADO)**

**Moderadores:** Ana M. Horta e Vale e José Fraga

**52 - A VIA DE SINALIZAÇÃO miR-21/PDCD4 NA APOPTOSE E NA PROLIFERAÇÃO DE HEPATÓCITOS PELO ÁCIDO DESOXICÓLICO**  
Castro R.E., Afonso M.B., Ferreira, D.M.S., Borralho P.M., Rodrigues C.M.P.

**53 - A ESTEATOHEPATITE NÃO ALCOÓLICA ASSOCIA-SE A ALTERAÇÕES PRECOSES NA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, NA OBESIDADE MÓRBIDA**  
Machado M.V., Gonçalves S., Costa A., Carepa F., Coutinho J., Cortez-Pinto H.

**54 - PREVALÊNCIA DE ESTEATOSE HEPÁTICA EM DOENTES INFECTADOS PELO VHB: META-ANÁLISE DE FACTORES DE RISCO E COMPARAÇÃO COM INFECTADOS PELO VHC**  
Machado M.V., Oliveira A.G., Cortez-Pinto H.

**55 - PODERÃO OS MÉTODOS NÃO INVASIVOS DE AVALIAÇÃO DA FIBROSE HEPÁTICA EXCLUIR FIBROSE AVANÇADA, COM SEGURANÇA, EM OBESOS MÓRBIDOS COM NAFLD?**  
Fernandes A., Ferreira R., Carvalheiro J., Agundez M., Ferreira M., Coelho A., Figueiredo A., Gomes P., Campos M.J.

**56 - ACUIDADE DIAGNÓSTICA DE UM SCORE CLÍNICO DE ESTEATOHEPATITE NUMA POPULAÇÃO DE OBESOS MÓRBIDOS**  
Fernandes A., Ferreira R., Carvalheiro J., Agundez M., Ferreira M., Coelho A., Figueiredo A., Gomes P., Campos M.J.

**57 - PORTADORES INACTIVOS DO VÍRUS DA HEPATITE B: QUE ESTRATÉGIA DE FOLLOW-UP?**  
Magalhaes M.J., Pedroto I., Magalhães R., Ferreira J.M., Pinho L., Matos E., Areias J.

**10.30**  
**VISITA A POSTERS E EXPOSIÇÃO TÉCNICA**

**11.00**  
Sala António Catita  
**INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS**

**Moderadores:** J. Lemos Barreiras e Ricardo Gorjão

**58 - TERAPÊUTICA INCISIONAL COM NEEDLE-KNIFE EM ESTENOSE ESOFÁGICA CÁUSTICA REFRACTÁRIA**  
Canhoto M., Arroja B., Silva F., Gonçalves C., Cotrim I., Vasconcelos H.

**59 - FÍSTULA ESOFÁGICA APÓS "SLEEVE GASTRECTOMY" - RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA**  
Rebello A., Moutinho-Ribeiro P., Cotter J.

**60 - METÁSTASE JEJUNAL DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS 8 ANOS APÓS NEFRECTOMIA: CASO CLÍNICO**  
Vilas-Boas F., Bastos P., Cardoso H., Pereira P., Macedo G.

**61 - EMPACTAMENTO DE MÚLTIPLOS CORPOS ESTRANHOS EM DIVERTÍCULO DO CÓLON: UM CASO DE SUCESSO POR**

**TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA**

Pimentel R., Castro-Poças F., Caetano C., Moreira T., Salgueiro P., Areias J.

**62 - AMILOIDOSE SISTÉMICA SECUNDÁRIA COM ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL**

Eliseu L., Almeida N., Pina Cabral J.E., Correia T., Gregório C., Marinho C., Gouveia H., Sofia C.

**63 - POLIPOSE GÁSTRICA EXUBERANTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E IMPLICAÇÕES**

Fidalgo C., Claro I., Lage P., Fonseca R., Chaves P., Dias Pereira A.

**64 - ESTENOSE ESOFÁGICA REFRACTÁRIA: DOENÇA DE REFLUXO, ESOFAGITE MEDICAMENTOSA OU NEOPLASIA?**

Carvalho R., Areia M., Saraiva S., Brito D., Alves S., Cadime A.T.

**65 - PANCREATITE CRÓNICA CALCIFICANTE: O PAPEL DA LITOTRÍCIA EXTRACORPORAL COMO COMPLEMENTO DA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA**

Ferreira F., Vilas-Boas F., Pereira P., Bastos P., Ribeiro A., Macedo G.

**66 - COMPLEMENTARIDADE DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA E DA CIRURGIA NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE PSEUDOQUISTO PANCREÁTICO INFECTADO**

Cardoso R., Almeida N., Arroja B., Diogo D., Rosa A., Velez A., Gouveia H., Oliveira F.J., Sofia C.

**67 - IPMN- PANCREATOSCOPIA**

Rego A.C., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

**68 - ESTENOSE DA VIA BILIAR PRINCIPAL- NOVOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO: COLANGIOSCOPIA**

Rego A.C., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

**69 - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE ADENOMA DA AMPOLA DE VATER**

Rebello A., Moutinho-Ribeiro P., Cotter J.

**70 - NOVA MODALIDADE DE TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSES ESOFÁGICAS RECORRENTES BENIGNAS - PRÓTESES ENDOSCÓPICAS BIODEGRADÁVEIS**

Veloso R., Proença L., Pinho R., Pais T., Fernandes C., Carvalho J., Fraga J.

**71 - ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA GASTRO-CUTÂNEA**

Inês Marques, Ana Catarina Lagos, António Pinto, Beatriz Neves

**72 - DIVERTÍCULO DO CÓLON ACTIVAMENTE SANGRANTE: UM EVENTO RARO**

Arroja B., Amaro P., Ferreira M., Romãozinho J.M., Gouveia H., Sofia C.

**73 - HEMORRAGIA DIVERTICULAR AGUDA E HEMOSTASE COM ENDOCLIPS**

Canhoto M., Arroja B., Silva F., Gonçalves C., Cotrim I., Vasconcelos H.

Auditório J. Pinto Correia

**SESSÃO INTERACTIVA DE CASOS CLÍNICOS**

**Moderadores:** Armando Ribeiro, António Alberto Santos, José Soares

**12.30**

Auditório J. Pinto Correia

**CONFERÊNCIA: CONSENSO BRASILEIRO DE PANCREATITE CRÓNICA**

**SPG**

**Presidente:** Jorge Areias

**Conferencista:** José Galvão Alves

**13.00**

Auditório J. Pinto Correia

**CONFERÊNCIA: FÍGADO E IMUNIDADE: SÍNDROMES DE SOBREPÓSICÃO**

**APEF**

**Presidente:** Miguel Carneiro Moura

**Conferencista:** Miguel Raimundo

**13.30**

**ENCERRAMENTO E ATRIBUIÇÃO DE PRÉMIOS**



## Cursos práticos

8.00 - 9.15

**2 e 3 Junho**

Sala Orlando Bordalo

**ECOGRAFIA CLÍNICA**

Eduardo Pereira

**2 Junho**

Sala J.M.Carrilho Ribeiro

**ESTUDOS FUNCIONAIS DO TUBO DIGESTIVO I  
MANOMETRIA DE ALTA RESOLUÇÃO E ESTUDO DO TRÂNSITO  
ESOFÁGICO COM IMPEDÂNCIA**

Teresa Freitas e Paulo Souto

**3 Junho**

Sala J.M. Carrilho Ribeiro

**ESTUDOS FUNCIONAIS DO TUBO DIGESTIVO II  
ESTUDO DO REFLUXO GASTRO- ESOFÁGICO COM IMPEDÂN-  
CIA-PHMETRIA**

Teresa Freitas e Paulo Souto

**2 Junho**

Sala F. Costa Mira

**ENTEROSCOPIA**

Teresa C. Macedo, Rolando Pinho e Nuno Almeida

**3 Junho**

Sala F. Costa Mira

**ENTEROSCOPIA**

Teresa C. Macedo, Rolando Pinho e Gilberto Couto

**2 e 3 Junho**

Sala António Donato

**ENDOSCOPIA DIGESTIVA (SIMULADOR) – PEDIATRIA**

José Cabral e António Marques

**2 Junho**

Sala António Freire

**FIBROSCAN®**

Rui Marinho e Adélia Simão

**3 Junho**

Sala António Freire

**FIBROSCAN®**

Fátima Serejo e Filipe Calinas

**2 Junho**

Sala António Catita

**PLANEAMENTO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

António Gouveia

**2 Junho**

Sala J. Gouveia Monteiro

**ERRO EM MEDICINA**

António Banhudo

**3 Junho**

Sala António Catita

**SEGUIMENTO PÓS-TRANSPLANTE**

Helena Pessegueiro e Nuno Silva

**3 Junho**

Sala J. Gouveia Monteiro

**GESTÃO CLÍNICA NOS HOSPITAIS**

João Gamelas

## VII Encontro da ANEED

### Dia 2 de Junho 2011

14:30

Sala António Catita

#### **PAPEL DO ENFERMEIRO EM GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Moderador: Carmen Ribeiro

#### **Procedimentos de enfermagem na miotomia por endoscopia do divertículo de zenker**

Maria José Freitas – Unidade de Técnicas de Gastroenterologia, H. Egas Moniz - CHLO

#### **Colocação de próteses: intervenções de enfermagem pré, durante e após procedimento ao doente/família**

Elsa Monteiro – Unidade de Técnicas em Gastroenterologia, H. Setúbal - CHS

#### **Importância da anestesia numa unidade de técnicas gastroenterológicas**

Isadora Ligeiro – Serviço de Gastroenterologia, H. Santa Maria - CHLN

16:00

#### **VISITA A POSTERS E EXPOSIÇÃO TÉCNICA**

16:30

Sala António Catita

#### **PROJECTOS INOVADORES DA ENFERMAGEM EM GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Moderador: Isabel Saraiva

#### **PEG – PROJECTO DINÂMICO – PORQUE NÃO?**

Mónica Matos – Serviço de Gastroenterologia, H. dos Capuchos - CHLC

#### **O ENFERMEIRO NA VIGILÂNCIA DO DOENTE APÓS TRATAMENTO DO CANCRO DO CÓLON E RECTO**

Maria Isabel Pampulha – Serviço de Gastroenterologia, IPOLFG

17:15

Sala António Catita

#### **COMUNICAÇÕES LIVRES**

Moderador: Rafael Oliveira

#### **1 - AUDITORIA AO REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS E ACESSÓRIOS**

Andrade J.

#### **2 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: O ENFERMEIRO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA**

Sousa C., Andrade J.

#### **3 - PAPEL DO ENFERMEIRO NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE UMA TÉCNICA ENDOSCÓPICA AVANÇADA (ECOENDOSCOPIA)**

Soares, C.; Dias, A.

### Dia 3 de Junho 2011

9:30

Sala F. Carneiro Chaves

#### **WORKSHOP: QUALIDADE EM COLONOSCOPIA SPG/SPED/ANEED**

[Apoio Norgine]

Moderadores: Isabelle Cremers e José M. Romãozinho

#### **Critérios de qualidade**

Jorge Esteves

#### **Limpeza do Cólon**

Adolfo Parra

#### **Rastreio - Paradigma de Qualidade**

Anabela Pinto

11:00

#### **VISITA A POSTERS E EXPOSIÇÃO TÉCNICA**

11:00 – 13:00

Sala António Catita

#### **ASSEMBEIA-GERAL ANEED**

#### **POSTERS – ENFERMAGEM**

#### **1 - POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR DO CÓLON - REALIDADE DE UMA CONSULTA DE RISCO FAMILIAR**

Parreira J., Simões C., Rodrigues P

#### **2 - O ENFERMEIRO E A CPRE**

Teixeira A.; Leitão C.; Freitas M.; Borralho R.; Moreira B.; Vieira A.; Neves F.; Duarte S.; Raposo A.; Lopes C.

#### **3 - MONITORIZAÇÃO MICROBIOLÓGICA: A QUALIDADE DO REPROCESSAMENTO DOS ENDOSCÓPIOS**

Bessa S., Moreira C

#### **4 - SEDO-ANALGESIA NA COLONOSCOPIA**

Teixeira A.; Leitão C.; Freitas M.; Borralho R.; Moreira B.; Vieira A.; Neves F.; Duarte S.; Raposo A.; Lopes C.

#### **5 - ENFERMEIRO DE ENDOSCOPIA: PARA ALÉM DAS SALAS DE TÉCNICAS**

Bré R., Penso A., Sousa C., Andrade J

# O Público e os Médicos

10.30 - 12.30

## FÓRUM ANUAL APDI

Sala F. Carneiro Chaves

**QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

**SPG, GEDII, APDI**

**Moderadores:** Helena Vasconcelos e Ana Sampaio

### **Nutrição**

Lurdes Tavares

### **Terapêutica Farmacológica**

Raquel Gonçalves

### **Gravidez e Lactação**

Jaime Ramos

## FÓRUM HEPATITES

Sala J. Gouveia Monteiro

**SPG, APEF, SOS Hepatites, GAT**

**Moderadores:** Rui Marinho, Emília Rodrigues e Luís Mendão

### **Quem Pesquisar?**

Armando Carvalho

### **Álcool, Vírus e Fígado**

Rui Marinho

### **Terapêutica Do Futuro**

Paula Peixe

### **A Associação SOS Hepatites**

Emília Rodrigues

### **Associações de Doentes no Futuro**

M. José Campos

## Posters

### POSTERS – TUBO DIGESTIVO

**74 - CARACTERIZAÇÃO MORFOLÓGICA DA MUCOSA ESOFÁGICA EM CRIANÇAS COM ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: QUE CONTRIBUIÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM A ESOFAGITE DE REFLUXO?**

Ana Palha, Mário Matos, Ana Isabel Lopes

**75 - MANOMETRIA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUÇÃO : NOVA TÉCNICA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL ESOFÁGICA**

Luis Abreu Novais

**76 - PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND SEVERE BELCHING COMPLAINTS HAVE A HIGHER FREQUENCY OF SUPRAGASTRIC BUT NOT OF GASTRIC BELCHES**

Velosa, M.; Kessing, B.F.; Bredenoord, A.J.; Smout A.J.P.M.

**77 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM ACALÁSIA: ESTUDO PROSPECTIVO**

Arroja B., Donato H., Souto P., Rodrigues V., Gregório C., Romãozinho J.M., Gouveia H., Sofia C.

**78 - ESTUDO DESCRITIVO DE CASOS DE ACALASIA DO CÁRDIA COMO CAUSA DE INCAPACIDADE LABORAL NO BRASIL**

Januário L.V.C., Souza M.R.A., Lira T.L.B.G., Santos V.N.

**79 - AVALIAÇÃO DA SOBREVIVÊNCIA NO CARCINOMA DO ESÓFAGO: REALIDADE DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Serrano M., Mão de Ferro S., Ferreira S., Mirones L., Freire J., Casaca R., Bettencourt A., Chaves P., Dias Pereira A.

**80 - ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULAS ESOFÁGICAS COM PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS - 9 ANOS DE EXPERIÊNCIA**

Veloso R., Proença L., Alberto L., Rodrigues A., Silva A.P., Pinho R., Fernandes S., Leite S., Pais T., Fernandes C., Carvalho J., Fraga J.

**81 - DIVERSIDADE CLÍNICA E ENDOSCÓPICA DA TUBERCULOSE GASTROINTESTINAL**

Barreiro P., Herculano R., Bispo M., Couto G., Matos L.

**82 - TUMORES DO ESTROMA GASTROINTESTINAL: REVISÃO CLINICOPATOLÓGICA E DE MARCADORES DE PROGNÓSTICO**

Correia T., Dias N., Almeida N., Cipriano M.A., Sofia C.

**83 - SÉPSIS EM GASTROENTEROLOGIA: UMA ENTIDADE MENOSPREZADA?**

Eliseu L., Cardoso R., Almeida N., Amaro P., Pessoa J., Chieira D., Pereira H., Oliveira A., Baltazar P., Gomes A., Sofia C.

**84 - QUAIS OS FACTORES QUE PODERÃO ESTAR ASSOCIADOS A INSUCESSO TERAPÊUTICO NA PRIMEIRA TENTATIVA DE ERADICAÇÃO DO HELICOBACTER PYLORI?**

Romãozinho J.M., Almeida N., Donato M.M., Luxo C., Cardoso O., Cipriano M.A., Marinho C., Figueiredo R., Sofia C.

**85 - ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA: PODEREMOS REDUZIR O TEMPO DE LEITURA?**

Rosa B., Rebelo A., Barbosa M., Magalhães J., Moreira M.J., Cotter J.

**86 - ASPECTOS IMAGIOLÓGICOS DA DOENÇA DE CROHN EM IDADE PEDIÁTRICA - REVISÃO PICTÓRICA**

Roque M., Antunes D., Lobo L., Távora I.

**87 - ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NOS DIFERENTES SEGMENTOS DO DELGADO NA DOENÇA DE CROHN: CORRELAÇÃO ENTRE BIOMARCADORES, ENDOSCOPIA E SCORE DE LEWIS**

Susana Rodrigues, Fernando Magro, Hélder Cardoso, Bruno Rosa, Maria João Moreira, Margarida Marques, Ana Rebelo, Andreia Albuquerque, Susana Lopes, Cláudia Dias, José Cotter, Guilherme Macedo

**88 - ESTUDO COMPARATIVO DE TRÊS PROTOCOLOS DE PREPARAÇÃO INTESTINAL PARA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA**

Rosa B., Barbosa M., Magalhães J., Rebelo A., Moreira M. J., Cotter J

**89 - PREDITORES DE ACHADOS PATOLÓGICOS NA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA ANEMIA FERROPÉNICA**

Gonçalves A., Costa-Macedo T., Carrilho Ribeiro L., Velosa J.

**90 - ENTEROSCOPIA POR VÍDEO-CÁPSULA E DOENÇA DE CROHN DO INTESTINO DELGADO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR**

Herculano R., Barreiro P., Couto G., Bispo M., Santos S., Chagas C., Matos L.

**91 - A UTILIDADE DA CÁPSULA DE PATÊNCIA NA DOENÇA DE CROHN**

Ferreira F., Cardoso H., Bastos P., Marques M., Lopes S., Magro F., Macedo G.

**92 - DETECÇÃO DE MYCOBACTERIUM AVIUM SUBSP. PARATUBERCULOSIS NO SANGUE DE DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO**

Albuquerque A., Campos N., Rodrigues S., Lopes S., Macedo G.N., Alves R., Macedo G., Magro F., Sarmento A.

**93 - CIRURGIA NA DOENÇA DE CROHN ILEO-CECAL: QUAL O MELHOR TIMING?**

Graça Rodrigues C., Ricardo L., Folgado Alberto S., Martins A., Félix J., Nunes V., Pinheiro N., Rocha Pires G., Ramos Deus J.

**94 - AVALIAÇÃO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA DE MACRÓFAGOS DE DOENTES EXPOSTOS A ANTI-TNF E A AGENTES INFECCIOSOS**

Campos, N., Macedo, G.N., Albuquerque, A., Rodrigues, S., Lopes, S., Macedo, G.2, Magro, F., Sarmento, A.

**95 - ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL NA DOENÇA GRANULOMATOSA CRÓNICA (DGC) E NA DOENÇA DE CROHN (DC):UM PADRÃO HISTOPATOLÓGICO DISTINTIVO?**

Pinto M.V., Palha A.M., Marques J.G., Silva S.L., Lopes A.I.

**96 - CICATRIZAÇÃO DA MUCOSA EM DOENTES COM DOENÇA DE CROHN (DC): QUAL O SIGNIFICADO PROGNÓSTICO E QUAL A RELAÇÃO COM A TERAPÊUTICA EFECTUADA**

Sousa P., Silva S., Cravo M., Moura Santos P., Tavares L., Velosa J.

**97 - IMUNOSSUPRESSÃO E FORMAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-INFLIXIMAB**

Nunes A., Vieira A., Freitas J.

**98 - FENÓMENOS DE INFLAMAÇÃO PARADOXAL EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO (DII) SUBMETIDOS A TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB**

Sousa P., Silva S., Cravo M., Moura Santos P., Tavares L., Serejo F., Velosa J.

**99 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E GRAVIDEZ: PREDITORES CLÍNICOS DE INFLUÊNCIA MÚTUA**

Marques A.C.

**100 - COLITE ULCEROSA GRAVE: CORTICODEPENDÊNCIA E CORTICORESISTÊNCIA**

Albuquerque A., Magro F., Rodrigues S., Lopes S., Macedo G.

**101 - AZATIOPRINA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII): FACTORES PREDITIVOS DE RESPOSTA A LONGO PRAZO**

Sousa A.L., Eusébio M., Martins A., Caldeira P., Belo T., Guerreiro H.

**102 - EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS À TERAPÊUTICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: ESTUDO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL**

Machado J., Araújo R., Ministro P., Cancela E., Castanheira A., Silva A.

**103 - PREVALENCIA DE INFECCÃO PELO VÍRUS EPSTEIN-BARR EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

Albuquerque A., Magro F., Rodrigues S., Lopes S., Campos N., Macedo G.N., Simões J., Dias C., Sarmento A., Macedo G.

**104 - PÓLIPOS DE GLÂNDULAS FÚNDICAS: QUANDO PROCURAR A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR?**

Catarina Fidalgo, Isabel Claro, Pedro Lage, Paula Chaves, António Dias Pereira

**105 - ADENOMAS DUODENAIS (AD) NA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF): RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE VIGILÂNCIA ENDOSCÓPICA**

Pimentel R., Marcos Pinto R., Moreira T., Soares J., Rocha A., Santos M., Areias J.

**106 - O TABACO, MAS NÃO O ÁLCOOL, ASSOCIA-SE A OCORRÊNCIA DE PÓLIPOS ADENOMATOSOS DO CÓLON**

Fernandes C., Veloso R., Pinto Pais T., Pinto J., Afonso M., Proença L., Rodrigues A., Alves M., Almeida R., Pinho M., Iglesias P., Carvalho J., Fraga J.

**107 - PAPEL PROTECTOR DAS FIBRAS ALIMENTARES INSOLUVEIS NAS LESÕES PRECURSORAS DO CANCRO COLORRECTAL**

Pinto Pais T., Veloso R., Fernandes C., Pinto J., Afonso M., Proença L., Rodrigues A., Alves M., Almeida R., Pinho M., Iglesias P., Carvalho J., Fraga J.

**108 - A MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA É MÉTODO TERAPÊUTICO EFICAZ NAS LESÕES PLANAS DE GRANDES DIMENSÕES NO CÓLON**

Carlos Noronha Ferreira, António Marques, João Lopes, Rui Palma, Luis Correia, Rosario Maldonado, Narcisa Fatela, Elidio Barjas, Luis Carrilho Ribeiro, José Velosa

**109 - SEXO MASCULINO E PÓLIPOS DO CÓLON ESQUERDO SÃO PREDICTORES DA DETECÇÃO DE PÓLIPOS NA COLONOSCOPIA DE RASTREIO**

Gonçalves A., Noronha Ferreira C., Marques A., Carrilho Ribeiro L., Velosa J.

**110 - COLITE MICROSCÓPICA - REVISÃO DE 7 ANOS**

Pinto Pais T., Dias M., Couceiro A., Veloso R., Fernandes C., Fernandes S., Carvalho J., Fraga J.

**111 - ABORDAGEM DA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA AGUDA, O IMPACTO DA COLONOSCOPIA**

Küttner Magalhães R., Pedroto I., Magalhães M.J., Salgado M., Ferreira J.M., Areias J.

**112 - FACTORES PREDITIVOS DE EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL NA COLITE ISQUÉMICA**

Saiote J., Ramos G., Costa M., Ramos J., Bentes T.

**113 - REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS MALIGNOS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO**

Inês Marques, Ana Catarina Lagos, Irene Martins, António Pinto, Beatriz Neves

**POSTERS – FÍGADO**

**114 - CONTRIBUTO DA PROTEÓMICA NA COMPREENSÃO DA PATOGENIA MOLECULAR PROXIMAL DA DOENÇA CEREBRAL ALCOÓLICA**

Jorge Peneda, Nuno Charro, Brian L. Hood, Aidil Fonseca, Farid Zerimech, Manuela Hagenfeldt, Filomena Gomes, Domingos Neto, Thomas P. Conrads, Deborah Penque

**115 - QUAIS OS FACTORES DE RISCO PARA A PRESENÇA DE NASH EM OBESOS MÓRBIDOS COM NAFLD?**

Fernandes A., Ferreira R., Carvalheiro J., Agundez M., Ferreira M., Coelho A., Figueiredo A., Gomes P., Campos M.J.

**116 - TENOFOVIR NA HEPATITE B CRÓNICA: ANÁLISE DO SEU PERFIL DE EFICÁCIA E SEGURANÇA NA VIDA REAL**

Susana Rodrigues, Hélder Cardoso, Filipe Vilas Boas Silva, Susana Lopes, J Alexandre Sarmiento, Pedro Pereira, Regina Gonçalves, Ana Maria Horta e Vale, Guilherme Macedo

**117 - OSTEODISTROFIA NA CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA**

Ferreira R., Torres J., Carvalheiro J., Fernandes A., Pereira M.J., Giestas S., Ferreira M., Mendes S., Agostinho C., Campos M.J.

**118 - FACTORES PREDITIVOS DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: QUAL O PAPEL DA HIPONATRÉMIA?**

Carvalheiro J., Ferreira R., Fernandes A., Torres J., Pereira M.J., Giestas S., Mendes S., Ferreira M., Agostinho C., Panão E., Campos M.J.

**119 - INFLUÊNCIA DA INFLAMAÇÃO CRÓNICA NA DUREZA HEPÁTICA MEDIDA PELO FIBROSCAN®**

Soares J.B., Caetano A.C., Ferreira A., Gonçalves B., Rolanda C., Gonçalves R.

**120 - A ELASTOGRAFIA DINÂMICA NOS PORTADORES INATIVOS DO VÍRUS DA HEPATITE B**

Magalhães M.J., Pedroto I., Magalhães R., Salgueiro P., Ferreira J.M., Areias J.

**121 - ACUIDADE DO FIBROSCAN® E TESTES SÉRICOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ESTÁDIOS PRECOSES DE FIBROSE HEPÁTICA**

Soares J.B., Ferreira A., Caetano A.C., Gonçalves B., Rolanda C., Gonçalves R.

**122 - TROMBOSE DA VEIA PORTA NÃO CIRRÓTICA: APRESENTAÇÃO CLÍNICA, ETIOLOGIA, COMPLICAÇÕES E PROGNÓSTICO.**

Carlos Noronha Ferreira, Paula Alexandrino, Fernando Ramalho, José Velosa

**123 - FACTORES DE PROGNÓSTICO DA MORTALIDADE NA HEMORRAGIA POR VARIZES ESOFÁGICAS**

Magalhães J., Leite S., Cotter J.

**124 - DURABILIDADE DA RESPOSTA VIRAL AOS 24 MESES NOS DOENTES COM INFEÇÃO CRÓNICA PELO VÍRUS DA HEPATITE C**

Graça Rodrigues C., Ricardo L., Folgado Alberto S., Martins A., Félix J., Figueiredo A., Ramos Deus J.

**125 - AVALIAÇÃO DA (DIS)FUNÇÃO ENDÓCRINA NUM GRUPO DE DOENTES CIRRÓTICOS ADMITIDOS NUMA ENFERMARIA DE GASTROENTEROLOGIA**

Arroja B., Carvalho R., Maurício H., Almeida N., Melo M., Sofia C.

**POSTERS – PÂNCREAS E VIAS BILIARES**

**126 - O IMPACTO DOS CUIDADOS INTENSIVOS DE HEPATO-GASTROENTEROLOGIA (UCIGE) NA PACREATITE AGUDA SEVERA**

Arroja B., Romãozinho J.M., Cardoso R., Almeida N., Ferreira M., Amaro P., Sofia C.

**127 - PANCREATITE AGUDA CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA**

Giestas S., Ferreira R., Carvalheiro J., Fernandes A., Agostinho C., Mendes S., Mesquita R., Panão E., Campos M.J.

**POSTERS – TÉCNICAS**

**128 - MOTILIDADE ESOFÁGICA AVALIADA POR MANOMETRIA-IMPEDÂNCIA NO REFLUXO NÃO ÁCIDO COMPARADO COM REFLUXO ÁCIDO**

Gonçalves A., Correia L., Palma R., Vieira C., Velosa J.

**129 - ESÓFAGO DE BARRETT E DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO - ANÁLISE COMPARATIVA DAS ALTERAÇÕES MANOMÉTRICAS**

Ferreira R., Torres J., Carvalheiro J., Fernandes A., Pereira M.J., Giestas S., Agostinho C., Panão E., Campos M.J.



**130 - RADIOFREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DO ESÓFAGO DE BARRETT: EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO**

Graça Rodrigues C., Pires E., Serra D.

**131 - TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DO DIVERTÍCULO DE ZENKER**

Saiote J., Ramos G., Santos L., Redondo I., Martins J., Rio-Tinto R.

**132 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULAS NA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Saiote J., Ramos G., Santos L., Rio-Tinto R.

**133 - BALÃO INTRA-GÁSTRICO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE: EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS**

Pereira B., Gonçalves R., Caldeira A., Pinto Pais T., Santos A., Sousa R., Pereira E., Tristan J., Banhudo A.

**134 - AVALIAÇÃO DAS INDICAÇÕES PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NUMA UNIDADE DE ENDOSCOPIA DE ACESSO LIVRE**

J. Dinis Silva, N. Veloso, R. Godinho, I. Medeiros, L. Gonçalves, C. Viveiros

**135 - UM MODELO DE INTERVENÇÃO DA ANESTESIOLOGIA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA**

Martins F.L., Roxo H., Ramalho P.M., Figueiredo I., Loreto H., Morato P., Freitas L., Sendino S., Lopes A.I.

**136 - APLICAÇÕES TERAPÊUTICAS DA ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Lopes S., Bastos P., Ferreira F., Pereira P., Baldaque F., Ribeiro A., Macedo G.

**137 - ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA: ANÁLISE CRÍTICA DOS PRIMEIROS 500 PROCEDIMENTOS**

Ferreira F., Bastos P., Lopes S., Baldaque F., Macedo G.

**138 - ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL - EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS**

Moutinho-Ribeiro P., Leite S., Cotter J.

**139 - ENTEROSCOPIA POR VÍDEO-CÁPSULA NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM CENTRO HOSPITALAR: EXPERIÊNCIA DOS PRIMEIROS 5 ANOS**

Barreiro P., Couto G., Herculano R., Bispo M., Chagas C., Matos L.

**140 - ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO ASPIRATIVA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES GASTROINTESTINAIS**

Lopes S., Ferreira F., Bastos P., Baldaque F., Pereira P., Ribeiro A., Barroca H., Macedo G.

**141 - A IMPORTÂNCIA DE UM GRUPO MULTIDISCIPLINAR NA SEGURANÇA E EFICÁCIA DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM AMBULATÓRIO EM DOENTES COM PEG**

Sousa A.L., Sousa D., Açucena F., Eusébio M., Caldeira P., Vidal M.M., Vilhena A., Lopes A., Guerreiro H.

**142 - ESTUDO MICROBIOLÓGICO DA INFECÇÃO PERIOSTOMAL NA GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA**

Duarte H., Santos C., Capelas L., Fonseca J.

**143 - ENTEROSCOPIA POR VÍDEO-CÁPSULA: ANÁLISE DESCRITIVA DE 763 PROCEDIMENTOS**

Ferreira F., Cardoso H., Marques M., Bastos P., Macedo G.

**144 - ENTEROSCOPIA POR VÍDEO-CÁPSULA NOS TUMORES DO INTESTINO DELGADO**

Barreiro P., Couto G., Herculano R., Bispo M., Chagas C., Matos L.

**145 - INFRA-ESTRUTURA MAGNÉTICA ACTIVA PARA A LOCOMOÇÃO DE CÁPSULAS ENDOSCÓPICAS**

M.F. Silva, J. F. Ribeiro, L. M. Goncalves, J. P. Carmo, e J. H. Correia

**146 - VALIDAÇÃO CLÍNICA DO TESTE RESPIRATÓRIO DA UREIA C14 (37KBQ) NA DETECÇÃO DA INFECÇÃO PELO HELICOBACTER PYLORI**

Romãozinho J.M., Donato M.M., Ferreira J., Arroja B., Sofia C.

**147 - LESÕES SUBEPITELIAIS DO TUBO DIGESTIVO - UMA SÉRIE DE 328 CASOS**

Moutinho-Ribeiro P., Leite S., Cotter J.

**148 - REMOÇÃO DE LESÕES GASTROINTESTINAIS SUPERFICIAIS POR DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA EM REGIME DE AMBULATÓRIO.**

Baldaque Silva F., Bastos P., Macedo G.

**149 - COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS NA OBSTRUÇÃO CÓLICA MALIGNA**

Ferreira F., Pereira P., Azevedo F., Ribeiro A., Marques M., Bastos P., Macedo G.

**150 - PALIAÇÃO DA OCLUSÃO CÓLICA MALIGNA COM PRÓTESES METÁLICAS AUTOEXPANSÍVEIS: SUCESSO TÉCNICO E CLÍNICO**

Marcos Pinto R, Silva R, Mesquita N, Brandão C, Pimentel-Nunes P, Cardoso E, Dinis-Ribeiro M, Moreira Dias L

**151 - AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DE COMPLICAÇÕES PÓS-POLIPECTOMIA: EXPERIÊNCIA INICIAL DE 3 MESES**

Eliseu L., Cardoso R., Arroja B., Almeida N., Ferreira M., Gouveia H., Sofia C.

**152 - COMPLICAÇÕES DA POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA NO CÓLON: ESTUDO PROSPECTIVO**

Carvalho R., Saraiva S., Areia M., Brito D., Alves S., Cadime AT.

**153 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA COLONOSCOPIA DE RASTREIO DO CARCINOMA CÓLON-RECTAL NUM CENTRO TERCIÁRIO**

Gonçalves A., Noronha Ferreira C., Marques A., Carrilho Ribeiro L., Velosa J.

**154 - TERAPÊUTICA COM ÁRGON PLASMA NA PROCTITE RÁDICA: ANÁLISE DE UMA SÉRIE HOSPITALAR**

Carvalho R., Areia M., Saraiva S., Brito D., Alves S., Cadime AT.

# Índice

## Semana Digestiva 2011

<b>Comunicações Oraís e Instantâneos Endoscópicos - N<sup>os</sup> 1 a 73 ....</b>	<b>33</b>
<b>Posters - N<sup>os</sup> 74 a 154 .....</b>	<b>67</b>
<b>Comunicações Oraís - Enfermeiros - N<sup>os</sup> 1 a 5 .....</b>	<b>106</b>
<b>Posters - Enfermeiros - N<sup>os</sup> 1 a 3 .....</b>	<b>109</b>

## Semana Digestiva 2011



# Comunicações Oraís e Instantâneos Endoscópicos

**Comunicações Oraís e Instantâneos Endoscópicos - N<sup>os</sup> 1 a 73**

Sessão Plenária  
2 Junho, 2011  
9.30 – 11.00  
Auditório J. Pinto Correia

**1**  
**INFLUÊNCIA DOS POLIMORFISMOS DOS GENES IL-23R E MDR1 NO FENÓTIPO DA DOENÇA DE CROHN (DC) E NA RESPOSTA À TERAPÊUTICA**

**Autores**

Cravo M.<sup>1</sup>, Ferreira P.<sup>2</sup>, Sousa P.<sup>1</sup>, Moura Santos P.<sup>1</sup>, Tavares L.<sup>1</sup>, Peixe P.<sup>3</sup>, Pereira da Silva J.<sup>4</sup>, Velosa J.<sup>1</sup>, Brito M.<sup>2</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia, CHLN. <sup>2</sup>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. <sup>3</sup>Serviço de Gastrenterologia, CHLO. <sup>4</sup>Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa

**Resumo**

**Introdução:** A DC caracteriza-se por uma heterogeneidade marcada, tanto clínica como na resposta à terapêutica. A razão para esta heterogeneidade poderá estar relacionada com alguns polimorfismos genéticos (SNPs). O objectivo do presente estudo foi avaliar a associação entre os SNPs dos genes IL23R e MDR1, as características da doença e a resposta à terapêutica. **Material e métodos:** Foram incluídos 125 doentes com DC, 74 mulheres e 51 homens com uma idade média de 41 anos (18-79). Foram estudados os seguintes SNPs IL23R G1142A, C2370A, G/T, C/T (intrão G43045A); MDR1 C3435T, G2677T/A. A genotipagem foi realizada por PCR em Tempo Real com sondas Taqman. **Resultados:** A duração média da doença foi 12 anos (5-42); 28/125 (19%) dos doentes tinham cirurgias prévias. Em relação à terapêutica 18 doentes foram considerados respondedores ao 5ASA, 60 respondedores aos corticóides, 43 respondedores e 24 refractários à azatioprina (AZA), 29 respondedores e 9 refractários aos biológicos. A maioria dos doentes que necessitaram de outra terapêutica para além do 5ASA pertenciam à classe A2 (p<0.0001) enquanto que a maioria dos respondedores ao 5ASA tinha uma doença ileal (p=0.09). Em relação à associação entre SNPs e fenótipos observámos que os WT para o SNP da IL23R G1142A pertenciam mais frequentemente ao grupo A2 (p=0.05), enquanto que os WT para o MDR1 C3435T tinham mais frequentemente uma doença L3 (p=0.03). Verificámos que os portadores do alelo polimórfico do MDR1 C3435T eram mais frequentemente refractários à AZA (p=0.01) enquanto que para o SNP MDR1 G2677T\_A, os portadores do alelo polimórfico eram mais frequentemente respondedores à AZA. Não foram encontradas associações com outras classes terapêuticas. **Conclusão:** Os SNPs da IL23R poderão modular

o fenótipo mas não parecem influenciar a resposta terapêutica, enquanto que os SNPs do gene MDR1 parecem influenciar a resposta terapêutica à azatioprina.

Trabalho financiado por uma bolsa GEDII 2009

**2**  
**MELHORIA SIGNIFICATIVA NA PREDIÇÃO DE MORTALIDADE HOSPITALAR EM CIRRÓTICOS PELO ESCORE MELD TOMANDO EM CONTA INFECÇÕES E COLESTEROL TOTAL**

**Autores**

Carlos Noronha Ferreira, Teresa Rodrigues, Helena Cortez-Pinto, Fátima Serejo, Fernando Ramalho, José Velosa

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte. Laboratório de Biomatémática, Faculdade de Medicina de Lisboa.

**Resumo**

**Introdução:** A cirrose avançada caracteriza-se por elevada incidência de infecções e valores baixos de colesterol total. Uma metá-análise recente documentou que as infecções em cirróticos aumentam o risco de morte quatro vezes. (Arvaniti V *et al.* Gastroenterol 2010). **Objectivos:** Construir um modelo de escore e comparar o seu desempenho com MELD estratificado (<15vs≥15 e <25vs≥25), na predição de mortalidade hospitalar na cirrose hepática descompensada. **Métodos:** A amostra estudada incluiu 261 doentes hospitalizados pela primeira descompensação de cirrose. Analisamos a associação de vários parâmetros bioquímicos e clínicos com a mortalidade hospitalar. A análise estatística foi efectuada com PASW 19. **Resultados:** A mortalidade hospitalar foi de 14% (37/261). Os factores mais significativamente associados com mortalidade hospitalar, em regressão logística foram: MELD≥15, infecções e colesterol total<100mg/dL. Construímos o escore composto de MELD, infecção e colesterol (MIC) baseado em: MELD:<15=0, ≥15e<25=2, ≥25=5; infecção da comunidade e/ou nosocomial: sim=3,não=0; e colesterol total(mg/dL):<100=1, ≥100=0. O escore MIC associou-se a maior mortalidade hospitalar. O escore MIC identificou quatro graus de risco de mortalidade: baixo:<5-5%; intermédio:5-22%; elevado:6 a 8-41%, muito elevado:9-79%. **Conclusões:** O escore MIC é importante na identificação de doentes com valores de MELD entre 15 e 25 que poderão ter maior risco de morte, podendo beneficiar de manejo em cuidados intensivos.

Tabela 1. O desempenho do escore MIC comparando com escore MELD

		AURO C	95%IC	P	VPN (%)	VPP (%)	Exactidão (%)	Sens (%)	Spec (%)
MELD	<15vs≥15	0,75	0.65-0.85	<0.001	96	23	54	89	47
	<25vs≥25	0,75	0.64-0.84	<0.001	89	46	84	36	93
MIC	<5vs≥5	0,87	0.77-0.90	<0.001	96	40	85	79	79



3

**PROCALCITONINA, ANTITROMBINA III E BISAP COMO FACTORES DE PROGNÓSTICO NA PANCREATITE AGUDA? ANÁLISE PRELIMINAR****Autores**

Pedro Silva Vaz, Ana Caldeira, Sergiu Usurelu, Ana Monteiro, Sara Correia, Rui Rainho, Rui Sousa, António Gouveia, António Bahudo, Arnandina Loureiro

**Instituição**

Hospital Amato Lusitano - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Serviço de Cirurgia Geral e Gastrenterologia

**Resumo**

**Introdução:** A Pancreatite Aguda (PA) apresenta-se usualmente como ligeira e com evolução auto-limitada. Cerca de 20-30% dos doentes evolui para quadro severo. A identificação precoce dos doentes com alto risco para PA grave permite que se assumam medidas de ressuscitação agressivas. Estudos dirigidos a estes doentes, nomeadamente uma ferramenta com valor preditivo elevado numa fase precoce, poderão melhorar a mortalidade neste subgrupo. A procalcitonina e a antitrombina III têm demonstrado, em alguns estudos, ser bons marcadores preditivos de severidade da PA, permanecendo, este papel, controverso. O score BISAP apresenta-se eficaz, com valor preditivo semelhante ao APACHE II. **Objetivo:** Avaliação da Procalcitonina, Antitrombina III e score BISAP como factores de prognóstico precoces na estratificação do risco de gravidade da PA. **Material e Métodos:** Estudo observacional analítico prospectivo dos doentes internados nos Serviços de Gastrenterologia e Cirurgia Geral com quadro de PA. O estudo foi iniciado em Abril de 2009. A procalcitonina, a antitrombina III e o score BISAP foram avaliados à admissão e às 48h. O tratamento estatístico foi realizado com SPSS v.17. **Resultados:** Foram admitidos 81 doentes (51% do sexo masculino) com idade média de 64,42 anos. A etiologia litíasiaca foi de 60% e a alcoólica de 19,7%. Segundo a Classificação de Atlanta: PA ligeira (84%) e PA grave (16%). 96,1% não apresentaram complicações, ocorreram 4 mortes por complicações sistémicas graves. Verificou-se correlação estatística da Creatinina, Procalcitonina e BISAP com a gravidade da PA, à admissão ( $p=0,001$ ,  $p=0,008$  e  $p=0,002$ , respectivamente). **Conclusões:** Foi alcançada correlação estatística entre a gravidade da PA, a procalcitonina e score BISAP à admissão. É necessário esperar pelo aumento do número da amostra, nomeadamente das PA graves. Trata-se de um estudo inovador no contexto nacional, que poderá contribuir para uma melhor identificação dos doentes com risco de desenvolvimento de quadro de PA grave.

4

**DESREGULAÇÃO DA ACTIVIDADE DOS RECEPTORES TOLL-LIKE (TLR) ASSOCIADA A AUMENTOS DA COX-2 NA CARCINOGÉNESE COLORECTAL****Autores**

P. Pimentel-Nunes, J.B.Souares, N. Gonçalves, I. Boal-Carvalho, E. Cardoso, L. Afonso, P. Lopes, R. Henrique, L. Moreira-Dias, R. Roncon-Albuquerque Jr, M. Dinis-Ribeiro, A. Leite-Moreira

**Instituição**

IPO-Porto; Faculdade de Medicina do Porto

**Resumo**

**Introdução:** Os TLRs são receptores da imunidade inata que reconhecem diferentes antigénios, iniciando respostas inflamatórias. A inibição da actividade dos TLRs é fundamental para manter a homeostasia intestinal, impedindo uma resposta inflamatória aos microorganismos cólicos comensais. Desconhece-se qual o papel destes receptores na carcinogénese colorectal. **Objetivo:** Avaliar a expressão dos TLRs e de moléculas relacionadas com a sua via de transdução em mucosa normal, adenomas e carcinomas. **Métodos:** Estudo prospectivo que envolveu 40 doentes que realizaram colonoscopia (10 com carcinoma). Foram recolhidas por biopsia 76 amostras biológicas para análise (21 segmentos de mucosa normal, 20 mucosa normal adjacente a lesão, 21 adenomas, 14 adenocarcinomas). A expressão genica dos TLR2, 4, 5, de moléculas potenciadas pela via dos TLRs (NF- $\kappa$ B, COX-1, COX-2, TNF- $\alpha$ ) e de moléculas inibitórias da via dos TLRs (PPAR $\gamma$  e TOLLIP) foi avaliada por RT-PCR e a expressão proteica dos TLR2, 4 e 5 por imunohistoquímica (escala de 0 a 3). **Resultados:** A expressão proteica de TLRs foi positiva em todas as amostras mas significativamente superior nos adenomas (2,33 $\pm$ 0,14) e carcinomas (2,5 $\pm$ 0,14) do que na mucosa normal (1,42 $\pm$ 0,14;  $p<0,05$ ). A nível génico não se encontrou diferenças na expressão dos TLRs, contudo a expressão de PPAR $\gamma$  e de TOLLIP foi menor e de COX-2 maior nos adenomas (PPAR $\gamma$ :0,78 $\pm$ 0,12; TOLLIP:0,44 $\pm$ 0,03; COX-2:1,64 $\pm$ 0,35;  $p<0,05$ ) e carcinomas (PPAR $\gamma$ :0,55 $\pm$ 0,12; TOLLIP:0,45 $\pm$ 0,07; COX-2:1,32 $\pm$ 0,21;  $p<0,05$ ), sem diferença nos outros genes estudados. A mucosa normal adjacente a lesões também apresentou perfil genético diferente com maior expressão de COX-2 (2,57 $\pm$ 0,8) e de TNF- $\alpha$  (1,44 $\pm$ 0,19) e menor de TOLLIP (0,75 $\pm$ 0,06;  $p<0,05$ ). **Conclusão:** A via de carcinogénese cólica associa-se precocemente a uma desregulação da via dos TLRs com diminuição dos seus factores inibidores, favorecendo potencialmente uma maior activação dos TLRs e um aumento da COX-2. São necessários estudos que avaliem o potencial terapêutico destes resultados descritos pela primeira vez neste trabalho.

5

**EXPRESSÃO DO MIRNA-34 NO FÍGADO DE DOENTES COM FÍGADO GORDO NÃO ALCOÓLICO E SUA POTENCIAL MODULAÇÃO****Autores**

Ferreira D.M.S.<sup>1</sup>, Machado M.V.<sup>2</sup>, Cortez-Pinto H.<sup>2,3</sup>, Rodrigues C.M.P.<sup>1</sup>, Castro R.E.<sup>1</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Med.UL, FFUL; <sup>2</sup>Dep. Gastreenterologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa e <sup>3</sup>IMM, FMUL

**Resumo**

A expressão de alguns microRNAs (miRNAs ou miRs) está alterada no fígado gordo não alcoólico (FGNA). Para além disso, demonstrámos recentemente que o ácido ursodesoxicólico (UDCA) modula a expressão de miRNAs no fígado de rato. Neste trabalho avaliou-se a expressão da família de miRNAs proapoptóticos miR-34 no fígado de indivíduos com diferentes estadios de FGNA, assim como no fígado de rato e em hepatócitos primários de rato expostos ao UDCA. Biópsias hepáticas de 26 doentes com obesidade mórbida e FGNA foram classificadas como esteatose (n=15) e esteato-hepatite não alcoólica (EHNA) menos severa (n=5) e mais severa (n=6). Fígados de rato foram extraídos de animais sujeitos a dietas controlo ou suplementadas com UDCA a 0,4%, durante 2 semanas e hepatócitos primários de rato foram incubados na presença ou ausência de UDCA. A expressão da família miR-34 foi analisada por RT-PCR em Tempo Real. A proteína de resistência ao stress Sirtuina-1 (Sirt-1), alvo do miR-34, foi analisada por immunoblotting. Os resultados indicam que os níveis de miR-34a aumentam da esteatose para a EHNA menos severa ( $p < 0.05$ ) e, mais ainda, para a EHNA mais severa ( $p < 0.01$ ). A mesma tendência foi observada para os miR-34b e -34c. De salientar que o UDCA diminui a expressão do miR-34a, tanto no fígado de rato, como em hepatócitos isolados ( $p < 0.05$ ). Por fim, a modulação do miR-34a pelo UDCA resultou num aumento de produção da Sirt-1. Em conclusão, estes resultados sugerem que a expressão do miR-34a se correlaciona com o estadio do FGNA e que a via miR-34a/Sirt-1 poderá ser um alvo do UDCA. A melhor compreensão dos mecanismos responsáveis pela patogénese do FGNA, assim como dos seus moduladores endógenos, poderá proporcionar novos alvos terapêuticos para impedir a progressão da doença.

(Financiado por PTDC/SAU-OSM/102099/2008, PTDC/SAU-OSM/100878/2008 e PTDC/SAU-ORG/111930/2009 e por SFRH/BD/60521/2009, da FCT).

**6****VALIDAÇÃO MULTICÊNTRICA DUMA CLASSIFICAÇÃO ENDOSCÓPICA COM NBI PARA O DIAGNÓSTICO DE LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS E DISPLASIA GÁSTRICA****Autores**

P. Pimentel-Nunes, J. B. Soares, R. Marcos-Pinto, C. Santos, C. Rolanda, R. P. Bastos, M. Areia, L. Afonso, J. Bergman, P. Sharma, T. Gotoda, R. Henrique, L. Moreira-Dias, M. Dinis-Ribeiro

**Instituição**

IPO-Porto, Hospital de Braga, Faculdade de Medicina do Porto

**Resumo**

**Introdução:** A reprodutibilidade e acuidade diagnóstica de achados endoscópicos obtidos com NBI no estômago não foram consistentemente descritos. **Objectivo:** Criar uma classificação endoscópica simplificada com NBI, estimando a sua reprodutibilidade e validade para o diagnóstico de lesões gástricas. **Métodos:** Uma série consecutiva de doentes que realizaram endoscopia com NBI em dois centros de referência (n=85; 28% com displasia), nos quais 224 diferentes áreas foram biopsadas (224 videos avaliados) foi incluída no estudo. No estudo de derivação diversos aspectos com NBI foram analisados, criando-se uma classificação simplificada. No estudo de validação a reprodutibilidade e validade dessa classificação foi estimada entre 3 grupos (9 endoscopistas) com diferentes graus de experiência com NBI- experts internacionais (EUA, Japão e Europa), endoscopistas experientes e não experientes. **Resultados:** Os resultados do estudo de derivação permitiram a criação de uma classificação simplificada. No estudo de validação, a presença de vasos regulares com mucosa circular (padrão A) associou-se a uma histologia normal (acuidade 82%; IC95 75-90%) enquanto que uma mucosa tubulo-vilosa (padrão B) se associou a metaplasia intestinal (MI) (acuidade 84%; IC95 77-91%; likelihood ratio positive (LR+)=4,75) e um padrão com vasos e mucosa irregulares (padrão C) a displasia (acuidade 95%; IC95 90-99%; LR+=44,3). A reprodutibilidade desses padrões foi elevada ( $k=0.62$ ). A identificação de Light blue crest teve uma reprodutibilidade moderada ( $k=0.49$ ) com alta especificidade (87%) para MI. Uma alternância da densidade vascular (padrão adicional+) foi o melhor aspecto para identificação de Gastrite H.pylori mas teve apenas uma reprodutibilidade razoável ( $k=0.38$ ) com uma acuidade de 70% (IC95 59-80%). O grupo de endoscopistas não experientes apresentou menos concordância ( $k=0.65$  vs  $k=0.75$ ) e acuidade (74 vs 86%) quando comparado com os endoscopistas experientes/experts. **Conclusão:** Esta classificação com NBI é reprodutível e apresenta alta acuidade para o diagnóstico de lesões gástricas, particularmente para MI e displasia. A sua aplicação pode melhorar a identificação deste tipo de lesões na prática clínica.

**Comunicações Oraís (Fígado)**

2 Junho, 2011

14.30 – 16.00

Sala J. Gouveia Monteiro

**7****IN SILICO ANALYSIS OF NATURAL POLYMORPHISM OF HEPATITIS C VIRUS POLYMERASE (NS5B) AND RESISTANCE MUTATIONS TO INHIBITOR**

**Autores**

Rafael S. Alves<sup>1</sup>, Artur T.L. Queiroz<sup>3</sup>, Edvaldo F. da Silva<sup>2</sup>, Flair J. Carrilho<sup>2</sup>, Mário G. Pessoa<sup>2</sup>, Isabel M. V. G. de Carvalho-Mello<sup>1</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Imunologia Viral, Instituto Butantan, São Paulo, Brazil <sup>2</sup>Department of Gastroenterology, University of São Paulo School of Medicine, <sup>3</sup>Instituto de Biociências, USP, São Paulo, Brazil

**Resumo**

New STAT-C (specific targeted antiviral therapies for hepatitis C) drugs are in development to Hepatitis C Virus (HCV). The NS5B protein (RNA-dependent RNA polymerase) is the most attractive targets for new anti-HCV drug development. During clinical trials and in vitro experiments drug-resistant phenotypes has been observed due to the high mutation rate, generating a natural polymorphism between the different genotypes of the HCV. Our objective was demonstrate the frequency of amino acid at positions associated with resistance in polymerase (NS5B) region of genotypes 1a, 1b and 3a sequences, from naïve polymerase inhibitors patients. Were collected from Los Alamos databank 810 HCV NS5B polymerase sequences (genotypes 1a = 471, 1b = 333, 3a = 6). Bioinformatics softwares were used to align and edit the sequences, calculate positions entropy plot and amino acid frequency. The HCV genotypes reference sequences were included for resistance mutations. Was observed in each genotype sequences at least one resistance mutation. Interestingly, genotype 3a showed five mutations at positions L419I, I424V, I482L V499A and S556G. All the six sequences of genotype 3a presented these mutations. Two positions presented high polymorphism, in the genotype 1a (V499A) and in the genotype 1b (C316N), polymorphisms that also observed in the references sequences. Only one sequence of the genotype 1b presented resistance mutation of drugs that act on NS5B active site. Our analyses results demonstrated a profile of resistance in the genotype 3a from three drug groups (Thumb I, Thumb II and Palm I) and for one group in other genotypes (Palm II for genotype 1b and Thumb I for genotype 1a). Natural polymorphisms that do not were described as resistance mutations were also high observed, suggesting that virus polymorphism profile could influence at drug-polymerase interactions.

Financial support: FAPESP

**Keywords:** Hepatitis C, polymerase inhibitors, NS5B, mutation

**8**

### NATURAL OCCURRENCE OF RESISTANCE MUTATIONS TO HCV NS3 PROTEASE INHIBITORS IN PATIENTS UNTREATED, CHRONICALLY INFECTED WITH GENOTYPE 3A

**Autores**

Paola J.S. Provazzi<sup>1</sup>, Rafael S. Alves<sup>2</sup>, Artur T.L. Queiroz<sup>3</sup>, Paula Rahal<sup>1</sup>, Isabel M.V.G. de Carvalho-Mello<sup>2\*</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Departamento de Biologia, IBILCE-UNESP, São José do Rio Preto, <sup>2</sup>Imunologia Viral, Instituto Butantan, <sup>3</sup>Instituto de Biociências, USP, São Paulo, Brazil. \*imvgcmello@butantan.gov.br

**Resumo**

The NS3 serine protease domain, used by Hepatitis C virus (HCV) for post-translational processing and viral replication, is a target for development of new drugs. Protease inhibitors have been shown strong inhibitor activity in viral replication. The development of resistance to antiviral therapy plays an important role in the effectiveness of these treatments for HCV infections. HCV has high mutation rates and its infection is a complex population of genetically distinct but closely related viral variants, commonly referred to as quasispecies. Upon treatment, the pool of viral variants (1012 virions per/day) may allow rising and fixing of viruses with reduced susceptibility to an antiviral drug in the population. Our objective was to analyze the natural genetic variability of the NS3 serine protease domain to identify variants carrying mutations associated with decreased susceptibility to protease inhibitors in patients chronically infected. NS3 protease of the serum samples from the 17 patients infected with hepatitis C virus genotype 3a was amplified by nested PCR and cloned. Up to five clones from each patient were sequenced generating 80 contigs. A A156V-S mutation was observed in 11,76% and A39V in 5,9%. We also observed A39G in 17%, this mutation is not reported as a resistance mutation but this is a related site of mutation. In all sequences analyzed was observed the V36L mutation reported as a "low-resistance mutation". Interestingly, this mutation can be classified as a genotype signature. The linkage of V36L, signature of genotype 3a, with A156V-S found in our patients can cause a reduced effectiveness of the protease inhibitors. In conclusion, the presence of these variants, associated with resistance to protease inhibitors, may interfere with the sustained response to treatment. Individual analysis of treatment with new inhibitors should contribute to treatment response outcome.

**Keywords:** Hepatitis C, protease inhibitors, NS3, quasispecies, resistance

Financial/support: FAPESP

**9**

### ESTUDO DA REGENERAÇÃO HEPÁTICA, POR MÉTODOS CINTIGRÁFICOS, NO DOENTE IDOSO SUBMETIDO A HEPATECTOMIA

**Autores**

Fernandes A.<sup>1</sup>, Tralhão JG.<sup>2,3</sup>, Abrantes AM.<sup>3</sup>, Oliveiros B.<sup>3</sup>, Ferreira M.<sup>1</sup>, Botelho MF.<sup>3</sup>, Castro e Sousa F.<sup>2</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia do CHC, EPE; <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia III dos Hospitais da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Instituto de Biofísica e Biomatemática, IBILI; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Resumo**

**Introdução:** O número de doentes idosos candidatos a ressecções hepáticas é cada vez maior. Nestes casos, torna-se fundamental estabelecer de forma mais precisa a reserva funcional e o potencial de regeneração hepáticas. A quantificação cintigráfica da fracção de extracção hepática (FEH) da Mebofrenina é um dos métodos de avaliação dinâmica da função hepatocelular. **Objectivos:** Estudo da regeneração hepatocelular, através da quantificação cintigráfica da FEH da Mebofrenina, em doentes idosos submetidos a hepatectomia parcial, comparativamente aos doentes não idosos.

**Doentes e Métodos:** Incluídos, retrospectivamente, 102 doentes submetidos a hepatectomia parcial por lesões hepáticas primárias ou secundárias. Estudados 2 grupos: Grupo A-58 doentes com idade <65 anos (33 homens; 53,9±8,7 anos); Grupo B-44 doentes com idade ≥65 anos (32 homens; 71±5 anos). Estes grupos eram equiparáveis em diversos parâmetros clínicos/analíticos com excepção da presença de cirrose (mais comum no Grupo B; todos os doentes apresentavam score Child-Pugh A) e do diagnóstico inicial (Lesões primárias-Grupo B; Metástases-Grupo A). A avaliação cintigráfica da FEH foi realizada antes da cirurgia, ao 5º e ao 30º dia pós-hepatectomia, sendo avaliados os tempos médio (T1/2) e máximo (Tmax) de extracção. Uma FEH de 100% corresponde a uma função hepática normal.

**Resultados:** A mortalidade e morbilidade foram, respectivamente, de 3,4% e 12,1% no grupo A, e 2,3% e 11,4% no B (ns). Os valores de FEH, T1/2 (min) e Tmax (min) não apresentaram diferenças relevantes entre os dois grupos: Grupo A (pré-operatório: FEH=99,2%±1,5%; T1/2=36,7±21,3; Tmax=15±6. 5º dia: FEH=96,3%±10,8%; T1/2=76,4±75,9; Tmax=13,3±4,9. 30º dia: FEH=98,4%±5,5%; T1/2=38,6±7,7; Tmax=12,8±3,6); Grupo B (pré-operatório: FEH=95,3%±13%; T1/2=38,1±24,1; Tmax=15,9±9,4. 5º dia: FEH=98,4%±2,6%; T1/2=106,6±131,7; Tmax=15,1±6,2. 30º dia: FEH=99%±2,1%; T1/2=40,5±27; Tmax=15,5±6,7).

**Conclusões:** O nosso estudo sugere que a regeneração hepatocelular após hepatectomia parcial nos doentes idosos é sobreponível à dos doentes com idade inferior a 65 anos. Assim, a hepatectomia não deve ser recusada a este grupo de doentes apenas com base na idade.

**10****COMPARAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DA MICROBIOTA ENTRE DOIS MODELOS DE DIETA DE ESTEATOHEPATITE NÃO ALCOÓLICA NO RATINHO****Autores**

Vale do Gato I.<sup>1\*</sup>, Cortez-Pinto H.<sup>2,3</sup>, Machado J.<sup>1</sup>, Chaves P.<sup>4</sup>, Santos A. M.<sup>5</sup>, Pereira T.<sup>4</sup>, Lopes T.<sup>5</sup>, Guerreiro A.S.<sup>5</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Departamento de Doenças Infecciosas, Instituto Ricardo Jorge,

<sup>2</sup>Dep. Gastrenterologia, HSM, <sup>3</sup>Unidade de Nutrição e Metabolismo, IMM, <sup>4</sup>Dep. Anatomia Patológica, IPO Lisboa, <sup>5</sup>CEDOC, Universidade Nova de Lisboa

**Resumo**

**Introdução:** Dieta deficiente em metionina e colina (MCD) induz esteatohepatite, sem reproduzir fenótipo humano da esteatohepatite não-alcoólica (EHNA), associado sobretudo à obesidade; inversamente, dietas ricas em gordura são imprevisíveis na produção de NASH. Dieta mista, deficiente em colina e rica em gordura (CDHF) induz NASH de forma previsível. Flora intestinal pode estar envolvida no desenvolvimento da NASH. Foi nosso objectivo comparar o efeito da MCD, CDHF, e da dieta normal (controle) na microbiota intestinal correlacionando com lesões hepáticas. **Métodos:** 18 ratinhos C57BL/6 divididos em 3 grupos: MCD (6); CDHF (8) e controle (4), sacrificados às 7, e 13 semanas após iniciarem dieta específica, ad libitum. Analisámos biopsia hepática com classificação de Kleiner/Brunt. Estudo da microbiota intestinal utilizando o método de "Fluorescence In Situ Hybridization" (FISH) que permitiu analisar diferentes grupos bacterianos quantificando-os por grama de fezes. **Resultados:** Variação de peso significativa entre os grupos. MCD menos 1,4 g, CDHF mais 2,07g, sem variações significativas nos controles. Scores histológicos às 13 semanas, esteatose: MCD: 2,25; CDHF: 2,75, C: 0; inflamação lobular: MCD: 2; CDHF: 2,5, C: 0; balonização: MCD: 2; CDHF: 2,5, C: 0; fibrose: MCD: 0,25; CDHF: 0,25, C: 0. Às 7 semanas, microbiota intestinal nos MCD mostrava prevalência de bactérias Gram + (85%) com Gram- (15%) Às 13 semanas este grupo mantinha esta prevalência de Gram + 99.52% e 0.58% de Gram-. Ao contrário, dieta CDHF mostrou prevalência de Gram- (54%) às 7 semanas, Gram + (16,46%), e às 13 semanas, Gram + (80.62%) e Gram - (19.38%). **Conclusões:** Dieta CDHF induziu aumento das bactérias Gram- enquanto a dieta MCD teve o efeito oposto. Já que em humanos, o aumento da LPS das bactérias Gram- é provavelmente importante na patogénese da EHNA, estes achados reforçam que dieta MCD não é um bom modelo de EHNA humana. (Financiamento: PTDC/SAU-OSM/66323/2006 FCT)

**11****PREVALÊNCIA E SIGNIFICADO CLÍNICO DA INFECÇÃO OCULTA PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM DOENTES COM DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA ASSOCIADA AO VÍRUS DA HEPATITE C****Autores**

Cardoso C<sup>1</sup>, Alves AL<sup>1</sup>, Augusto F<sup>1</sup>, Freire R<sup>1</sup>, Gonçalves M<sup>2</sup>, Quintana C<sup>2</sup>, Oliveira AP<sup>1</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia, <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Setúbal

**Resumo**

**Introdução:** A infecção oculta pelo vírus da hepatite B (VHB) tem vindo a ser reportada de forma crescente na última década. Alguns estudos sugerem que a sua presença se associa a doença histológica mais grave e pior resposta à terapêutica nos doentes com infecção crónica pelo vírus da hepatite C (VHC). Contudo, os dados disponíveis na literatura são heterogêneos e o seu significado clínico permanece ainda por esclarecer. **Objetivos:** Determinar a prevalência da infecção oculta pelo VHB e o seu impacto clínico em doentes com doença hepática crónica associada ao VHC. **Material e Métodos:** Análise prospectiva de 80 doentes infectados pelo VHC, incluídos durante um período de 3 anos. Na detecção dos marcadores serológicos utilizaram-se ensaios imunoenzimáticos. As determinações do DNA e RNA e a genotipagem do VHC realizaram-se com recurso a técnicas PCR. Na identificação do DNA do VHB no tecido hepático foi usada a "nested" PCR. **Resultados:** Dos 80 doentes, 71,3% eram do sexo masculino, com uma idade média de  $47 \pm 11,4$  anos, a maioria infectada com o genótipo 1 e com elevada carga viral. Detectaram-se marcadores serológicos de infecção passada pelo VHB em 32,5%. A pesquisa do DNA no soro foi negativa na totalidade dos doentes. A determinação do DNA no tecido hepático foi positiva em 60% das amostras. Na análise comparativa entre doentes com e sem infecção oculta pelo VHB não se registaram diferenças com significado estatístico relativamente à idade, genótipo, gravidade histológica ou resposta ao tratamento. **Conclusão:** A infecção oculta pelo VHB ocorreu numa percentagem significativa de casos. Contudo, não se correlacionou com maior gravidade da doença ou pior resposta ao tratamento nos doentes com hepatite C crónica.

12

**CORRELAÇÃO DO MELD COM AS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DA ECOGRAFIA HEPATOBILIAR NA CIRROSE HEPÁTICA****Autores**

Ribeiro, R., Sanches, J., Velosa, J., Ramalho, F., Tato Marinho, R.

**Instituição**

Instituto de Sistemas e Robótica/ Instituto Superior Técnico Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**Resumo**

**Objectivo:** O score MELD é utilizado na definição da prioridade para transplante, apresentando boa acuidade na avaliação da reserva hepática e do prognóstico. A ecografia abdominal mostra boa sensibilidade na doença hepática crónica, ainda que operador dependente. Para aumentar e tornar mais objectiva a informação da ecografia pretendeu-se correlacionar as variáveis da física ecográfica, com o MELD.

**Material:** Foram estudados 63 doentes com cirrose hepática, de diferentes etiologias (álcool, VHB, VHC, etc): 27 com cirrose compensada e 36 com cirrose descompensada. A avaliação consistiu numa ecografia com aparelho Philips®CX50 e dados laboratoriais (INR, creatinina e bilirrubina total).

**Métodos:** Foram avaliadas a textura e ecogenicidade ecográficas do parênquima hepático após selecção de uma região a partir da linha central da imagem ecográfica. Estas variáveis objectivas foram calculadas através dos seguintes modelos matemáticos: auto-regressivo; matriz co-ocorrência; wavelets; coeficiente de atenuação, média e variância do pixel; os quais levaram à extracção de 13 parâmetros numéricos e elaboração de um score matemático. O score ecográfico, foi obtido através do método dos mínimos quadrados e correlacionado com o MELD.

**Resultados e Conclusões:** O score ecográfico correlacionou-se de forma significativa com o MELD convencional, com coeficientes de Pearson de 0,97 ( $p < 0,001$ ) para os doentes com cirrose compensada e 0,80 ( $p < 0,001$ ) no caso da cirrose descompensada. Foi possível estimar correctamente o MELD, a partir das variáveis físicas, em 24 dos 26 doentes com cirrose compensada e 25 dos 36 doentes com cirrose descompensada com erro quadrático médio de 2,0 e 19,1 ( $p < 0,001$ ), respectivamente. Os valores obtidos de MELD e score ecográfico não diferem estatisticamente entre si ( $p < 0,001$ ). Os nossos resultados mostraram que o score ecográfico se correlaciona fortemente com o MELD convencional, podendo-se constituir um auxiliar numa avaliação objectiva da reserva hepática por ultrasonografia.

**Comunicações Oraís (Tubo Digestivo)**

2 Junho, 2011

16.30 – 18.00

Sala J. Gouveia Monteiro

13

**O MICRORNA-143 AUMENTA A APOPTOSE E REDUZ A PROLIFERAÇÃO DE CÉLULAS DE CANCRO COLORECTAL IN VIVO****Autores**Borralho P.M.<sup>1</sup>, Simões A.E.S.<sup>1</sup>, Gomes S.E.<sup>1</sup>, Lima R.T.<sup>2,3</sup>, Carvalho T.<sup>4,5</sup>, Castro R.E.<sup>1,2</sup>, Vasconcelos M.H.<sup>2,3</sup>, Rodrigues C.M.P.<sup>1</sup>**Instituição**<sup>1</sup>iMed.UL, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa  
<sup>2</sup>IPATIMUP e <sup>3</sup>Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto  
<sup>4</sup>CIPM/IPOLFG <sup>5</sup>IGC, Oeiras**Resumo**

A expressão aberrante de microRNAs (miRNAs ou miRs) foi demonstrada em diversas formas de cancro. O miR-143 encontra-se subexpresso no cancro do cólon e recto, assim como noutras formas de cancro. Em estudos anteriores demonstrámos que



a sobre-expressão de miR-143 em células HCT116 de cancro do cólon e recto aumenta a sensibilidade ao 5-FU, reduzindo a proliferação e aumentando a apoptose in vitro. No presente estudo foi avaliada a relevância da sobre-expressão de miR-143 em células HCT116, na progressão tumoral de xenograftos em ratinhos nude. Foram produzidas células com sobre-expressão estável de miR-143 (over-143) e células controlo (empty), sendo estas administradas por via subcutânea em ratinhos nude. Os tumores surgiram ~14 dias após inoculação, tendo sido terminada a experiência aos 40 dias. Os xenograftos over-143 apresentaram um crescimento tumoral mais lento do que os xenograftos empty, com volumes menores, desde os 23 dias após inoculação, até ao final da experiência ( $p < 0,05$ ). Verificou-se, também, que os xenograftos over-143 apresentavam um maior índice apoptótico, avaliado pelo ensaio de TUNEL ( $p < 0,05$ ), bem como uma menor expressão de Bcl-2 e aumento de caspase-3 activa e de PARP clivada ( $p < 0,05$ ). Por outro lado, os xenograftos over-143 possuíam um índice proliferativo reduzido, após avaliação imunohistoquímica do Ki-67 ( $p < 0,01$ ), e análise da abundância de ERK5 e activação de NF-kB ( $p < 0,05$ ), comparativamente aos xenograftos empty. Estes resultados sugerem que o menor volume tumoral dos xenograftos over-143 pode resultar do aumento da apoptose e da redução de proliferação induzida pelo miR-143. Reforçam, ainda, a relevância do miR-143 no cancro do cólon e recto, sugerindo um importante papel no controlo da progressão tumoral in vivo, o que expande o seu papel anti-proliferativo, pro-apoptótico e quimiosensibilizador para fármacos antitumorais, já demonstrado anteriormente in vitro. (Financiado por PTDC/SAU-GMG/099162/2008 e SFRH/BPD/65212/2009, FCT)

#### 14

### MANUSEAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE TUMORES DO RECTO

#### Autores

Schiappa, José M.

#### Instituição

Clínica CUF Cascais

#### Resumo

**Introdução:** Os tumores do recto, para além das dificuldades diagnósticas e de estadiamento, colocam decisões terapêuticas difíceis levando, muitas vezes a agressões cirúrgicas importantes para permitir soluções curativas.

A ressecção cirúrgica implica, em geral, uma abordagem extensa, com um tempo intra-abdominal, mesmo que por via laparoscópica e, muitas vezes, a necessidade de colostomia definitiva ou temporária (obrigando neste caso a 2ª intervenção).

**Objectivos:** Há desde há algum tempo uma abordagem diferente e minimamente invasiva, trans-anal que implica o uso de equipamentos especiais mas que evita o tempo intra-abdominal,

bem como as colostomias.

A cirurgia curativa pode ser efectuada com resultados semelhantes à "Clássica" desde que os doentes sejam bem seleccionados.

**Material e Métodos - Indicações:** Esta técnica pode ser usada, de forma curativa, em tumores pouco invasivos (até T2) e outras lesões, desde os 6 cm. até aos 25 cm. Como tratamento paliativo pode ser usada em tumores de todos os graus. Se associada a Quimo-radioterapia, actua como o tratamento clássico com ressecção total do meso-recto.

**SÉRIE:** Apresentamos a nossa série, de 40 casos, incluindo tumores benignos, tumores malignos e lesões rectais benignas. Houve 2 recorrências, das quais uma foi tratada com recurso a cirurgia "clássica", curativa.

A recuperação foi muito rápida, pouco dolorosa e com períodos de internamento muito curtos, com média de dias de internamento de 2 dias.

As lesões excisadas foram, conforme o diagnóstico, ressecadas por mucosectomia ou em excisão total da parede, com inclusão da gordura peri-rectal.

**Conclusões e Comentário:** Os resultados demonstram o benefício da aplicação da técnica com grandes vantagens para os doentes. Usámos dois tipos diferentes de equipamento, cada um com vantagens e desvantagens que analisamos. A técnica permite ainda ressecções extensas de lesões rectais, incluindo segmentos rectais e está em fase de estudo experimental para poder ser usada como abordagem NOTES.

#### 15

### CO-LOCALIZAÇÃO DE CARCINOMAS E ADENOMAS FAVORECE UM DEFEITO DE CAMPO SEGMENTAR NO CÓLON

#### Autores

Rosa I., Fidalgo P., Chaves P., Pereira A.D.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia do IPOLFG, EPE; Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

#### Resumo

**Introdução:** A identificação de alterações genéticas comuns ao carcinoma colo-rectal (CCR) em segmentos de mucosa plana peri-tumoral, na colite ulcerosa e, recentemente, no cancro esporádico, gerou a ideia de mosaicismo cólico. A sua explicação permanece controversa, sendo a origem em células estaminais embrionárias uma das hipóteses colocadas.

**Objectivos:** Relacionar a localização de CCRs esporádicos com presença e localização de adenomas síncronos.

**Métodos:** Incluíram-se todos os doentes operados por CCR entre Novembro de 2006 e Junho de 2010, submetidos a colonoscopia total na mesma instituição nos 2 anos peri-cirurgia, com exame anatomo-patológico de todos os pólipos. Avaliaram-se:



sexo, idade, localização do tumor e adenomas, presença e localização de adenomas maiores que 1cm, com componente viloso e com displasia de alto grau. Análise estatística: T de Student, Qui-quadrado, Exacto de Fisher, regressão logística (PASW18).

**Resultados:** 199 indivíduos (57% homens), média de idades de 67,4 anos; 89 (45%) tinham adenomas síncronos, igualmente frequentes no cólon direito e esquerdo. A presença de adenomas síncronos em qualquer localização foi independente da localização do CCR ( $p=0,60$ ). Excluindo os tumores do recto, identificou-se correlação significativa entre a localização do CCR e a localização dos adenomas ( $p=0,03$ ) e adenomas maiores que 1cm ( $p=0,01$ ). Adenomas à direita foram mais frequentes perante CCR do cólon direito ( $p=0,01$ ), verificando-se o mesmo à esquerda ( $p=0,01$ ). A presença de adenomas à direita é influenciada pelo sexo, número de adenomas e localização do tumor (valor-p de: 0,03; 0,01; 0,045), enquanto a presença de adenomas à esquerda depende apenas da localização do tumor ( $p=0,02$ ).

**Conclusões:** A concordância entre as localizações do CCR e dos adenomas síncronos, sobretudo os de maior dimensão, pode relacionar-se com a diferente origem embrionária do cólon direito e esquerdo e corresponder a um defeito precoce comum. Segundo alguns autores, esta associação pode levar a repensar a abordagem cirúrgica do CCR.

## 16 DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA DE ESTENOSES NA DOENÇA DE CROHN

### Autores

Susana Lopes, Susana Rodrigues, Margarida Marques, Fernando Magro, Guilherme Macedo

### Instituição

Serviço de Gastrenterologia do Hospital de S. João, Porto

### Resumo

**Introdução:** A dilatação endoscópica constitui uma alternativa eficaz em doentes com Doença de Crohn (DC), permitindo acesso e avaliação da actividade endoscópica da mucosa ileal. **Objectivo:** Avaliar a segurança e eficácia da dilatação de estenoses e determinar se a observação da mucosa ileal contribuiu para a alteração da estratégia terapêutica. **Material e Métodos:** Avaliação prospectiva de doentes com DC e estenoses com < 5cm de extensão, submetidos a dilatação endoscópica. O diagnóstico de estenose foi efectuado por estudo radiológico ou endoscópico prévio. A dilatação foi realizada com balão hidrostático TTS de 18 mm sob controlo fluoroscópico. Foi considerado sucesso terapêutico a passagem para o íleo. Protocolou-se reavaliação aos 6 meses, com eventual re-dilatação. O score de Rutgeert foi utilizado para caracterizar a recidiva endoscópica. **Resultados:** Entre Março de 2010 e Fevereiro de 2011 foram efec-

tuadas 29 dilatações em 24 doentes (15 anastomose ileo-cólica, 7 ileais e 2 cólicas). A idade média dos doentes foi 45+9 anos e 33% eram do sexo masculino. O tempo médio de doença e tempo médio desde a cirurgia até à dilatação foi de 16+9 anos e 13+11 anos, respectivamente. O tempo médio de seguimento foi 6+3 meses. 58% dos doentes apresentavam sintomas suboclusivos. Vinte doentes estavam medicados com salicilados, cinco imunossuprimidos com azatioprina, 5 em monoterapia com anti-TNF e 3 sob terapêutica combinada. A passagem para o íleo foi conseguida em 96% dos casos. Sete doentes foram reavaliados aos 6 meses dos quais cinco (21%) foram re-dilatados. Não se registaram complicações. Em 33% dos casos procedeu-se a escalada terapêutica por lesões endoscópicas ileais significativas. **Conclusões:** A dilatação endoscópica é uma técnica segura. A realização de dilatação com passagem para o íleo revelou lesões que levaram a mudança de estratégia em 33% dos doentes, sublinhando-se o seu impacto no algoritmo terapêutico.

## 17 RASTREIO DO CARCINOMA DO COLON E RECTO COM SIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL DE 5 EM 5 ANOS: MORTALIDADE APÓS 13 ANOS

### Autores

Serrano M.<sup>1</sup>, Pinto A.<sup>1</sup>, Sacarrão R.<sup>1</sup>, Fidalgo C.<sup>1</sup>, Belga S.<sup>1</sup>, Chaves P.<sup>1</sup>, Dias Pereira A.<sup>1</sup>

### Instituição

Serviços de <sup>1</sup>Gastrenterologia e <sup>1</sup>Anatomia Patológica Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

### Resumo

**Introdução:** A Sigmoidoscopia Flexível (SF) de 5-5 anos é uma das estratégias propostas no rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto (CCR).

**Objectivo:** Avaliar a mortalidade por CCR (MCCR) numa população que se dirigiu ao serviço para rastreio de CCR com SF de 5-5 anos.

**Métodos:** Entre 1994-2007 decorreu um programa de rastreio CCR com SF 5-5 anos. Incluímos indivíduos assintomáticos, idade 50-70 anos, com risco padrão para CCR. O contacto para a SF seguinte foi realizado por telefone e/ou carta. Todos os indivíduos com idade >75 anos, CCR ou adenoma de risco (AR) interrompiam o programa. Entre 2009-2010 tentámos contactar todos os indivíduos, independentemente de terem ou não realizado o rastreio. Os pólipos <5mm eram removidos durante a SF. Aos indivíduos com pólipos >5mm, AR ou CCR propunha-se colonoscopia. AR foi definido como Ad >10 mm, ou viloso, ou com displasia de alto grau, ou >3 Ad, independentemente do tamanho. Usámos o programa STATA 8.0 e os testes  $\chi^2$  e logrank.

**Resultados:** Entre 1994-1997, 1936 indivíduos dirigiram-se ao Serviço para rastreio de CCR. 252 indivíduos foram excluídos e dos 1684 elegíveis, 330 faltaram ao programa. 1354 indivíduos realizaram pelo menos uma SF (grupo I). O grupo II incluía 582 indivíduos que não realizaram nenhuma SF (252 foram excluídos na inclusão e 330 faltaram). Não existiam diferenças entre os dois grupos em relação ao género e idade. A MCCR no grupo I foi 0,07% (1/1354) e no grupo II 0,68% (4/582) ( $p=0,01$ ). Verificou-se redução de MCCR no grupo I (hazard ratio 0,091%, 95% IC 0,011-0,861). Não se registaram óbitos por CCR no subgrupo de 486 indivíduos que realizaram 3 SF.

**Conclusões:** 1) A realização do rastreio determinou redução da MCCR; 2) A MCCR foi significativamente inferior no grupo submetido ao rastreio; 3) Nos indivíduos que realizaram 3 SF não se registaram mortes por CCR.

18

### POLIPOSE HIPERPLÁSICA COM HISTÓRIA FAMILIAR DE CANCRO DO CÓLON E RECTO E/OU PÓLIPOS: UMA ENTIDADE DISTINTA QUE DIFERE ENTRE O CÓLON PROXIMAL E DISTAL

#### Autores

Silva P, Albuquerque C, Lage P, Fontes V, Fonseca R, Vitoriano I, Rodrigues P, Ferreira S, Sousa R, Claro I, Nobre Leitão C, Chaves P, Dias Pereira A.

#### Instituição

1 - CIPM ; 2 - Clínica de Risco Familiar ; 3 - Serviços de Gastrenterologia e Anatomia Patológica - IPOLFG, EPE

#### Resumo

**Introdução:** A polipose hiperplásica (PH) é caracterizada por múltiplos pólipos hiperplásicos no cólon, predispondo para o desenvolvimento de cancro do cólon e recto (CCR). **Objectivo:** Caracterizar, clínica e molecularmente, uma série de doentes com PH e história familiar de CCR e/ou pólipos. **Métodos:** Foram analisadas 52 lesões hiperplásicas/serreadas, adenomas convencionais e carcinomas do cólon e recto de 12 doentes com PH e história familiar de CCR e/ou pólipos para instabilidade de microssatélites (IMS) e hipermetilação dos genes de reparação de erros mismatch no DNA (MMR) e MGMT. Analisaram-se ainda mutações somáticas em genes das vias WNT e RAS/RAF. Análise estatística: teste exacto de Fisher. **Resultados:** Os doentes foram classificados como, apresentando PH proximal, ou preferencialmente distal. Na primeira, as lesões apresentaram mais frequentemente metilação do MGMT, IMS e mutações nos genes WNT [19/29 (65%) vs. 7/17 (41%),  $p=0,07$ ; 15/26 (58%) vs. 2/15 (13%),  $p=0,0054$ ; 14/26 (54%) vs. 4/20 (20%),  $p=0,017$ , respectivamente]. Na segunda, foram mais frequentes as mutações no gene BRAF [12/20 (60%) vs. 7/30 (23%),  $p=0,0084$ ]. A metilação ou alteração dos genes MMR foi detectada exclusivamente na PH proximal [17/18 (94%) vs. 0/11,

$p=0$ ], não tendo sido observada metilação do MLH1. A maioria das alterações foi detectada mesmo em lesões precoces, hiperplásicas/serreadas ou convencionais. Foram ainda identificados dois sub-grupos de doentes, cujas lesões apresentam preferencialmente mutações, no KRAS ou no BRAF, respectivamente. Os doentes com PH proximal e lesões com KRAS mutado desenvolveram CCR mais frequentemente do que os restantes [4/4 vs. 1/8 (12%),  $p=0,01$ ]. **Conclusão:** Parecem existir duas formas moleculares distintas de PH com história familiar de CCR e/ou pólipos, proximal e distal, as quais podem seguir uma via de tumorigénese serreada (via BRAF) ou alternativa (via KRAS). A localização preferencial e a caracterização molecular das lesões, poderá contribuir para definir o risco de CCR na PH.

#### Comunicações Oraís (Técnicas)

3 Junho, 2011

14.30 – 16.00

Sala J. Gouveia Monteiro

19

### ABLAÇÃO DE DISPLASIA GÁSTRICA POR RADIOFREQUÊNCIA

#### Autores

Baldaque Silva F., Bastos P., Cardoso H., Macedo G.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia, Hospital São João, Porto

#### Resumo

**Introdução:** O diagnóstico de displasia em mucosa gástrica não associada a lesão macroscópica ou após ressecção de lesões gástricas displásicas constitui um dilema de abordagem clínica. Nos últimos anos tem sido advogado o tratamento de displasia do esófago pelo método ablação por radiofrequência (ARF), mas o seu uso fora deste contexto não foi ainda testado.

**Objectivos:** Avaliar a eficácia, tolerância e segurança do tratamento de displasia gástrica por ARF. Trata-se do primeiro estudo de aplicação de ARF em displasia gástrica.

**Métodos:** Estudo piloto, aprovado pela Comissão de Ética do nosso Hospital. Doentes com displasia gástrica não associada a lesão macroscópica (DNAL) ou com displasia após ressecção endoscópica (DPRE) foram convidados a participar. Os achados de displasia foram confirmados por 2 patologistas experientes. Em cada doente foram realizadas duas sessões de ARF, cada 8 semanas, com sondas de 90o, sendo administrados 15J de energia em cada área por 2+2 vezes em cada sessão.

**Resultados:** Primeiros 3 doentes do sexo masculino com 56-68 anos de idade completaram o protocolo. Indicações para inclusão foram DNAL (1) e DPRE (2). A duração de cada sessão de ablação foi de 24-55 minutos, tendo sido realizadas 38 a 114

aplicações em cada sessão. Todos os procedimentos foram realizados em regime de ambulatório e sem intercorrências. Doentes referiram queixas álgicas leves/moderadas, com resposta a tratamento médico. Endoscopias de controle 8 semanas após última sessão, com realização de múltiplas biopsias foram negativas para displasia.

**Conclusões:** A ARF parece ser um método promissor no tratamento de displasia gástrica, pela sua eficácia, segurança, sendo bem tolerado pelos doentes.

## 20 USO DE PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS NO TRATAMENTO DE ESTENOSES ESOFÁGICAS BENIGNAS

### Autores

Canena J, Liberato M, Romão C, Coutinho A, Neves B

### Instituição

Serviço de Gastrenterologia-CHLN-Pulido Valente Centro de Gastrenterologia-Hospital Cuf Infante Santo

### Resumo

**Objectivos:** Avaliar a melhor estratégia para a terapêutica de estenoses esofágicas benignas refractárias à dilatação. **Materiais:** análise retrospectiva de doentes submetidos à colocação de próteses auto-expansíveis de plástico (PPAE), biodegradáveis (PBAE) e metálicas totalmente cobertas (PMAE), e que não responderam a várias sessões de dilatação. Foram avaliadas as seguintes condições benignas: estenoses congénitas, rásticas, pépticas, cáusticas e pós cirurgias. Foram tratados 22 doentes (10M, 12H, idade média 54,3-entre 35-68). A análise retrospectiva incluiu as complicações a curto e longo prazo, migração, satisfação dos doentes e melhoria da disfagia. **Resultados:** houve sucesso técnico em todos as colocações; 11 doentes foram submetidos a PPAE; em todos os casos as próteses migraram e foram necessárias novas colocações/próteses (total=35); 2 doentes foram operados, e 8 mantiveram-se em programas de dilatação com menor frequência e menor disfagia. Apenas 1 (9%) se manteve assintomático ao fim de 51 semanas; 5 doentes foram tratados com PBAE: em três doentes as próteses migraram e os doentes necessitaram de dilatações adicionais; em 2 doentes as próteses mantiveram-se no local causando tecido de granulação e anemia, embora sem necessidade de dilatações adicionais após 35 semanas de seguimento; 6 doentes foram tratados com PMAE: as próteses foram retiradas às 12 semanas, de fácil retirada e sem complicações; 5 doentes estão sem disfagia ao fim de 48 semanas (14-96) e um doente teve necessidade de dilatações adicionais sendo proposto para nova prótese com 6 meses de duração. Dor torácica, regurgitação e alívio da disfagia foram semelhantes entre os grupos, com as próteses em posição. **Conclusões:** o uso de PPAE e PBAE em estenoses benignas do esófago está

associado a migrações frequentes, baixo número de casos de melhoria definitiva e insatisfação dos doentes. Pelo contrario o uso de PMAE parece ser promissor, com fácil retirada, baixa taxa de migrações e sucesso clínico a longo prazo.

## 21 AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA DOS ACHADOS INCIDENTAIS DIAGNOSTICADOS NA ECOENDOSCOPIA ALTA

### Autores

Bastos P., Ferreira F., Lopes S., Baldaque F., Macedo G.

### Instituição

Hospital S. João - Porto

### Resumo

**Introdução:** A ecoendoscopia(EUS) apresenta a capacidade singular de estudar morfológicamente órgãos e estruturas de difícil acesso por outros meios. Coloca-se frequentemente a questão se a EUS deve ser um procedimento dirigido ou se deverá tentar explorar todos os órgãos ao seu alcance.

**Objectivos:** Quantificar e analisar o número de diagnósticos adicionais realizados na ecoendoscopia alta quando esta é realizada de forma completa e sistematizada. Avaliar se os diagnósticos adicionais realizados conduziram a alterações na orientação clínica dos doentes.

**Métodos:** Análise dos relatórios de EUS completas realizadas durante um período de 18 meses (Setembro/2009-Fevereiro/2011). Foram consideradas completas as explorações em que pelo menos 5 dos seguintes órgãos/estruturas foram observados: mediastino, tronco celíaco, pâncreas, supra-renal esquerda, baço, fígado, vesícula e vias biliares e parede digestiva. Foi definido diagnóstico adicional(DA) como qualquer achado ultrassonográfico não relacionado com o motivo que originou o pedido do exame. Diagnóstico adicional significativo(DAS) como aquele que motivou a realização de exames adicionais ou alterações na orientação dos doentes.

**Resultados:** Incluídos 209 doentes, com média de idade de 59,2 anos, submetidos a 209 explorações. Os motivos para realização dos procedimentos foram: estudo pancreato-biliar em 110 casos(52,6%); lesões subepiteliais em 70(33,5%); estadiamento de neoplasias esófago-gástricas em 21(10%) e lesões peridigestivas em 8(3,8%). Foram realizados 62 DA, em 54 explorações(25,8%) (nódulos hepáticos n=17; litíase biliar n=16; adenopatias/massas peridigestivas n=11; pancreatite crónica n=6; lesões císticas pâncreas n=4; nódulo supra-renal n=3; pólipos vesícula n=2; outros n=3). Em 17 doentes(8%), os diagnósticos realizados foram considerados DAS, sendo que em 4 doentes a investigação adicional levou ao diagnóstico de patologia neoplásica.

**Conclusões:** Em cerca de ¼ das explorações realizou-se um diagnóstico adicional, e em cerca de 8% dos casos, esse diagnóstico teve impacto no manuseamento clínico do doente. A taxa

de diagnósticos adicionais encontrada na nossa série está de acordo com outras descritas na literatura, sugerindo que uma exploração endossonográfica completa pode levar-nos a tirar um maior partido desta técnica.

22

### ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA AVALIAÇÃO DE ROTINA PRÉVIA A CIRURGIA BARIÁTRICA - EXPERIÊNCIA DE 3 CENTROS HOSPITALARES

#### Autores

Cardoso C<sup>1</sup>, Herculano R<sup>2</sup>, Veloso N<sup>3</sup>, Dinis Silva J<sup>3</sup>, Freire R, Santos S<sup>2</sup>, Viveiros C<sup>3</sup>, Oliveira AP<sup>1</sup>, Matos L.<sup>2</sup>

#### Instituição

Serviços de Gastrenterologia de <sup>1</sup>Centro Hospitalar de Setúbal; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; <sup>3</sup>Hospital do Espírito Santo de Évora

#### Resumo

**Introdução:** A endoscopia digestiva alta (EDA) tem sido recomendada como exame de rotina na avaliação prévia a cirurgia bariátrica. Contudo, esta indicação é controversa, sobretudo em doentes assintomáticos. **Objectivos:** Determinar o impacto da EDA em doentes submetidos a cirurgia bariátrica. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de doentes submetidos a cirurgia bariátrica em 3 Centros Hospitalares Portugueses, entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2010, com EDA prévia à intervenção cirúrgica. **Resultados:** Foram incluídos 249 doentes, 89,6% dos quais do sexo feminino, com uma idade média de 43 ± 11,4 anos e um IMC médio de 44,8 ± 6,1 Kg/m<sup>2</sup>. Em 18,9% dos casos registaram-se queixas gastrointestinais. A EDA mostrou alterações em 54,2% dos doentes. As mais frequentes foram a gastroduodenopatia eritematosa (26,1%), a hérnia do hiato (16,1%), a gastroduodenopatia ulceroerosiva (13,2%) e a esofagite péptica (8,4%). Em 161 doentes (64,7%) foi feita pesquisa do H. pylori, cujo resultado foi positivo em 39,1%. A presença de sintomas teve uma relação estatisticamente significativa com a presença de achados endoscópicos relevantes ou a positividade para o H. pylori, ambas sujeitas a terapêutica médica. A banda gástrica ajustável foi a opção cirúrgica mais utilizada (63,9%), seguida da gastrectomia vertical (24,2%) e da derivação gastrojejunal (8,8%). Em 10,8% dos doentes ocorreram complicações nos primeiros 3 meses após a cirurgia, sendo a mais frequente a migração da banda (18 casos). Nenhum dos achados endoscópicos alterou a abordagem cirúrgica inicialmente programada ou se associou ao aparecimento de complicações. **Conclusões:** Na nossa série, a realização de EDA parece justificar-se apenas face à presença de sintomatologia.

23

### PAPEL DA ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO NO MANEJO DA SÍNDROMA DE PEUTZ-JEGHERS

#### Autores

Serrano M.<sup>2</sup>, Mão de Ferro S.<sup>2,1</sup>, Pinho R.<sup>1</sup>, Ferreira S.<sup>2,1</sup>, Claro I.<sup>2,1</sup>, Mascarenhas Saraiva M.<sup>1</sup>

#### Instituição

<sup>1</sup>ManopH <sup>2</sup>Serviço de Gastrenterologia e <sup>1</sup>Clínica de Risco Familiar - Instituto Português de Oncologia de Lisboa FG, EPE

#### Resumo

**Introdução:** A Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é uma doença hereditária com transmissão autossómica dominante caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos pólipos hamartomatosos no tubo digestivo, em especial no intestino delgado e por hiperpigmentação muco-cutânea. Está associada a um risco elevado de desenvolvimento de neoplasias gastrointestinais e não-gastrointestinais. A divulgação e introdução na prática clínica da enteroscopia por duplo balão (EDB) veio revolucionar a abordagem diagnóstica e terapêutica da patologia do intestino delgado, à qual não ficou alheia a SPJ.

**Objectivo:** Avaliar o papel da EDB no manejo dos pólipos do intestino delgado na SPJ.

**Métodos:** Incluídos 20 doentes com SPJ [10 homens; idade média 35,1 ± 14,0 anos (min 17; máx 64), 8 com enterectomia prévia], nos quais a enteroscopia por cápsula efectuada previamente documentou pelo menos um pólipo com dimensão >10mm, e que realizaram EDB para polipectomia.

**Resultados:** Efectuadas 34 EDB (32 via oral e 2 via anal) duração média 89,0 ± 29,5 minutos (min 45; máx 150). Identificados múltiplos pólipos distribuídos pelo jejuno e íleon com dimensão média de 27,7 ± 13,9mm (min 5; máx 60). Procedeu-se a polipectomia endoscópica em 28/34 exames – total de 134 polipectomias; número médio polipectomias por exame de 4,8 (min 1 máx 13). Não foi efectuada polipectomia em 6 exames por não se terem identificado pólipos com dimensão >10mm em 3 e por irressecabilidade endoscópica nos restantes. Complicações em 4/28 (14,3%) exames terapêuticos (1 hemorragia intra-procedimento; 2 hemorragias tardias; 1 laceração), manejadas de forma conservadora ou endoscopicamente. Em 10/34 ficou por ressecar pelo menos um pólipo com dimensão >10mm. Não houve complicações nos exames diagnósticos. Efectuada cirurgia pós-EDB em 6 dos doentes (4-irressecabilidade endoscópica; 1-adenocarcinoma do jejuno. 1-invaginação). **Conclusões:** A EDB é uma técnica eficaz e segura para o manejo dos pólipos do intestino delgado na SPJ, permitindo a sua abordagem pré-sintomática e não cirúrgica.

24

### ESTUDO PILOTO DA AVALIAÇÃO DA ECOENDOSCOPIA NO ESTADIAMENTO LOCO-REGIONAL DO CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO

#### Autores

Bastos P., Lopes S., Baldaque F., Ferreira F., Costa A., Macedo G.

#### Instituição

Hospital S. João - Porto

**Resumo**

**Introdução:** O estadiamento do Carcinoma do Colo do Útero(CCU) preconizado internacionalmente baseia-se no exame objetivo complementado por exames auxiliares. Para avaliação da invasão da mucosa rectal utiliza-se, na maioria dos casos, a proctoscopia/sigmoidoscopia. Comparativamente a esta técnica, a ecoendoscopia(EUS) apresenta potenciais vantagens, já que, além de visualizar a mucosa, permite avaliar a invasão da parede rectal, bem como a presença de adenomegalias. Não existem estudos que avaliem o impacto da EUS no estadiamento do CCU.

**Objectivos:** a) Avaliar a exequibilidade da realização da EUS em doentes com CCU e a obtenção de imagens de alta resolução da parede rectal, do tumor e da área peri-rectal. b) Comparar a acuidade diagnóstica da EUS/sigmoidoscopia/ressonância magnética pélvica(RM) para a invasão da parede rectal e deteção de adenomegalias. **Métodos:** Seleção de doentes na consulta de oncoginecologia com os seguintes critérios: dimensão tumoral estimada por toque rectovaginal superior a 4cm, ausência de contra-indicações para realização de sigmoidoscopia, RMN e EUS. Os parâmetros ultrasonográficos avaliados foram a dimensão tumoral, invasão da parede rectal e presença de adenomegalias.

**Resultados:** Foram incluídas 10 doentes, com idade mediana de 65,5 anos. Relativamente à mediana da dimensão máxima tumoral foi de 32 mm e 43 mm, quando avaliada por RMN e EUS, respetivamente. Nenhuma das doentes apresentava indícios de invasão da mucosa rectal nos 3 exames (sigmoidoscopia, RMN e EUS). Relativamente à extensão de invasão tumoral da parede rectal: a sigmoidoscopia foi considerada normal em 8 doentes e com abaulamento da parede em 2, a RM detectou invasão da parede rectal numa doente, em concordância com a EUS (muscular própria). Quanto à avaliação da existência de adenomegalias pélvicas: a RM detetou em 4 doentes e a EUS em nenhum dos casos.

**Conclusão:** A EUS permitiu avaliar a invasão da parede rectal de forma precisa e detalhada, bem como a correcta visualização endoscópica da mucosa. Este facto pode constituir uma mais valia desta técnica no estadiamento do CCU. A RM revelou-se superior à EUS na deteção de adenomegalias. Este estudo preliminar poderá servir de base para posteriores investigações na área do estadiamento do CCU.

**Instituição**

Hospital do Divino Espírito Santo EPE de Ponta Delgada

**Resumo**

Doente do sexo masculino, de 55 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes, que efectuou endoscopia digestiva alta por vômitos incoercíveis. Este exame revelou lesão subepitelial alongada com cerca de 5cm de maior eixo, na face anterior do bulbo, estendendo-se para D2, condicionando estenose parcial do lúmen. Realizou ecoendoscopia que mostrou formação subepitelial no bulbo, hiperecogénica, bem delimitada, na dependência da 3ª camada, com 4,5x1,5cm. Estes aspectos são característicos de lipoma. O doente recusou cirurgia. Fez-se ressecção endoscópica com utilização de múltiplos endoloop, em duas sessões. Após ressecção endoscópica que decorreu sem complicações, o doente encontra-se assintomático.

Os lipomas constituem 4% das neoplasias benignas do tracto gastrointestinal. Em 64% dos casos surgem no cólon e em apenas 4% ocorrem no duodeno. São na sua maioria assintomáticos, no entanto quando de grandes dimensões podem causar sintomas como dispepsia, hemorragia, obstrução intestinal ou invaginação. A ressecção endoscópica de lipomas com mais de 2cm tem sido associada a um elevado risco de perfuração e hemorragia. O risco de hemorragia é maior no duodeno do que no cólon dada a sua rica vascularização. No caso apresentado as grandes dimensões da lesão e a sua localização estendendo-se para D2 tornavam a polipectomia difícil e arriscada, tendo-se optado pela técnica descrita. Apresenta-se vídeo.

**26****ESOFAGITE DE ETIOLOGIA POUCO FREQUENTE****Autores**

Sousa A.L., Ornelas R., Eusébio M., Cadillá J., Enríquez J., Guerreiro H.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia - Hospital de Faro, EPE

**Resumo**

Os autores apresentam um doente do sexo masculino, 67 anos de idade, que recorre ao Serviço de Urgência por odinofagia e disfagia para sólidos. Trata-se de doente com história de hábitos sexuais de risco. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou múltiplas úlceras superficiais ao longo de todo o esófago. As serologias virusais revelaram imunidade para EBV, CMV e HSV e negatividade para o HIV. Os anticorpos anti-treponema pallidum foram positivos. Nas biopsias efectuadas nos bordos e fundos das úlceras não se visualizaram inclusões virusais, sendo a histologia compatível com esofagite bacteriana. Fez tratamento com penicilina benzatinica, com desaparecimento das queixas. Repetiu EDA após antibioterapia que foi normal. Os autores

**Instantâneos Endoscópicos**

3 Junho, 2011

14.30 – 16.00

Sala Ireneu Cruz

**25****RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE VOLUMOSO LIPOMA DUODENAL****Autores**

Rego A.C., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

apresentam este caso pela raridade do envolvimento esofágico na sífilis, sobretudo num indivíduo imunocompetente, sendo documentado com iconografia recolhida.

27

### HISTOPLASMOSE DISSEMINADA

#### Autores

Cardoso Figueiredo P., Fernandes V., Pinto Marques P., Freitas J.

#### Instituição

Hospital Garcia de Orta

#### Resumo

**Introdução:** O *Histoplasma capsulatum* é um fungo patogénico pouco frequentemente reportado em doentes europeus. Geralmente são visitantes a regiões endémicas, verificando-se raramente infecções autóctones. O contágio processa-se pela inalação de esporos.

Embora a maioria das infecções seja assintomática ou auto-limitada, alguns indivíduos desenvolvem infecções pulmonares agudas ou doença disseminada progressiva e grave. Na histoplasmose disseminada, cerca de 70% dos casos têm apresentação digestiva. **Caso clínico:** doente de 46 anos, sexo feminino, obesa, sob imunossupressão com tacrolimus, micofenolato de mofetil e prednisolona por transplante renal em 2004. Internada em Janeiro 2011, por anorexia, perda ponderal (20Kg em 6 meses), epigastralgia em cinturão pós prandial e diarreia. A endoscopia digestiva alta e colonoscopia revelaram: 2ª e 3ª porções do duodeno com múltiplas lesões pseudopolipóides violáceas de 5-10 mm; íleon terminal e cólon com várias ulcerações predominantemente transversais de bordos pseudopolipóides; na sigmóide as ulcerações assumiam aspecto circunferencial numa extensão de 10 cm. Foram colhidas biópsias seriadas e das lesões.

A histologia revelou áreas de ulceração, intenso infiltrado inflamatório agudo e abundante quantidade de microorganismos intra e extra-celulares compatíveis com *Histoplasma* spp.

Apesar do valor da endoscopia para subsequente instituição de terapêutica dirigida, verificou-se agravamento clínico com choque séptico e falência multi-orgânica. **Discussão:** A transplantação e concomitante imunossupressão, são factores de risco para histoplasmose disseminada, podendo esta ocorrer por: inalação de esporos de novo; reactivação de fungos quiescentes; ou transmissão pelo enxerto transplantado. Isto, aliado à raridade do diagnóstico em Portugal, leva a que o caso desperte particular interesse do ponto de vista epidemiológico. Os achados endoscópicos incluem ulcerações e lesões polipóides, mais comuns no cólon e íleon, sobretudo na região ileocecal. Em conformidade, a iconografia obtida por colonoscopia nesta doente foi a mais exuberante. Infecções com gravidade semelhante à descrita nesta doente apresentam mortalidade de 50% apesar do tratamento com anfotericina B.

28

### COLOPATIA POR AINES

#### Autores

Küttner Magalhães R., Ferreira J.M., Moreira T., Marcos Pinto R., Areias J.

#### Instituição

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar Porto

#### Resumo

**Introdução:** Os efeitos laterais do uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) no tracto gastrointestinal superior encontram-se bem descritos, no entanto a sua acção nos segmentos mais distais tem vindo a ser progressivamente mais reconhecida. **Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 79 anos, com DM tipo2, HTA, patologia degenerativa da coluna dorso-lombar, coxartrose e gonartrose, medicada com omeprazol, anti-hipertensor, antidiabéticos orais, aspirina, diclofenac e ferro. Referia astenia, dor abdominal no quadrante superior esquerdo ocasional e dois episódios autolimitados de hematoquézias nos 5 meses anteriores. Apresentava anemia microcítica, hipocrómica, ferropénica (Hg: 9.0 g/dL), já com necessidade transfusional prévia. Realizou EDA que revelou gastropatia eritematosa antral e colonoscopia que evidenciou duas estenoses tipo diafragma no cólon transversal, a mais proximal ulcerada, fibrótica e intransponível. A histologia dessas lesões revelou infiltrado inflamatório de predomínio linfoplasmocitário, com participação de eosinófilos e sinais de actividade nas criptas, com ulceração num fragmento; sem granulomas ou microabcessos. Realizou trânsito contrastado do intestino delgado e colonografia por Tomografia Computorizada que não demonstraram alterações. A doente foi alertada para descontinuar o uso de AINEs, não tendo cumprido esta indicação, por intolerância a analgésicos alternativos. Assistiu-se a agravamento da anemia (Hg mínima de 6.2 g/dL), motivando necessidade adicional de transfusão de concentrado de eritrócitos e terapêutica de manutenção com ferro. Foi orientada para consulta de Ortopedia e da Dor. **Discussão:** O caso descrito ilustra a apresentação, sob a forma de dor abdominal, anemia e hematoquézias da colopatia por AINEs, uma entidade rara, na qual as estenoses tipo diafragma são patognomónicas. Releva-se a importância do reconhecimento precoce das suas manifestações endoscópicas para evitar a sua progressão.

29

### TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO: A IMPORTÂNCIA DE UMA CORRECTA CLASSIFICAÇÃO

#### Autores

Serrano M.<sup>1</sup>, Claro I.<sup>1</sup>, Fidalgo P.<sup>1</sup>, Faias S.<sup>1</sup>, Chaves P.<sup>2</sup>, Dias Pereira A.<sup>1</sup>



**Instituição**

Serviços de <sup>1</sup>Gastroenterologia e <sup>2</sup>Anatomia Patológica Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

**Resumo**

Os autores apresentam o caso de um homem com 63 anos de idade, previamente saudável, com quadro dispéptico de longa evolução, caracterizado por enfartamento e sem outra sintomatologia acompanhante, que motivou a realização de endoscopia digestiva alta. Nesta identificou-se, ao nível da face anterior do corpo proximal, formação polipóide sésil com 15mm de maior eixo e aspecto submucoso. O exame histológico revelou neoplasia neuroendócrina (TNE) bem diferenciada e com índice proliferativo (Ki-67) <5%. A ecoendoscopia mostrou uma lesão hipocogénica, com dimensão de 15x10mm, de limites regulares e bem definidos, localizada na camada submucosa e invadindo a mucosa. Não foram documentadas adenopatias loco-regionais. Para classificar o TNE gástrico, tendo em vista a correcta orientação terapêutica, foram efectuadas biopsias do fundo, corpo e antro que mostraram gastrite crónica não atrofica, bem como o doseamento de gastrinémia que foi normal (< 110 pg/mL). Obteve-se assim o diagnóstico de TNE gástrico tipo III. Procedeu-se a estadiamento com TC de tórax e abdómen que não mostrou alterações e Octreoscan que revelou apenas fixação electiva em sede gástrica, pelo que foi proposta gastrectomia total. Apresenta-se iconografia endoscópica e histológica. Os TNE bem diferenciados do estômago representam menos de 2% de todos os tumores gástricos malignos. A sua abordagem terapêutica depende de uma correcta classificação, já que os tipos I e II, que surgem em contexto de hipergastrinémia podem na maioria dos casos ser manejados endoscopicamente, enquanto os do tipo III, considerados esporádicos, pela maior agressividade e prognóstico claramente mais desfavorável, carecem sempre de ressecção cirúrgica oncológica idêntica à proposta para o adenocarcinoma com a mesma localização.

**30****LINFOMA FOLICULAR PRIMÁRIO DO INTESTINO DELGADO****Autores**

Albuquerque A, Magro F, Pereira P, Rodrigues S, Lopes S, Barreto F, Eloy C, Canelhas A, Macedo G.

**Instituição**

Serviço de Gastroenterologia e Anatomia Patológica do Hospital de São João, Porto

**Resumo**

O linfoma folicular gastrointestinal é raro, correspondendo a 1- 3.6% de todos os linfomas não-Hodgkin gastrointestinais. Os autores descrevem o caso de um doente de 57 anos, sexo

masculino, com um quadro de diarreia crónica com 2 anos de evolução. Sem antecedentes patológicos relevantes ou medicação habitual.

O estudo analítico efectuado não tinha alterações, o exame microbiológico de fezes foi negativo, as hormonas tiróideas e os anticorpos de doença celíaca estavam normais. Sem alterações na ileocolonosopia.

A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) revelou a existência de lesões micronodulares esbranquiçadas na 2ª porção do duodeno. Na Ecoendoscopia havia um espessamento da camada mucosa duodenal. A histologia mostrou a lâmina própria com nódulos linfóides CD20, CD1 e Bcl-2 positivos, compatível com linfoma folicular. Foi realizada Enteroscopia que evidenciou um agregado de micronódulos esbranquiçados e uma lesão polipóide no jejuno. A histologia confirmou a existência de linfoma folicular no duodeno e jejuno.

A TAC cervico-toraco-abdomino-pélvica e biópsia da Medula Óssea estavam normais.

Foi iniciada quimioterapia com ciclofosfamida, vincristina, prednisolona e rituximab.

Em cerca de 70% dos doentes com Linfoma Folicular, existem múltiplas lesões ao longo do tubo digestivo. A Vídeo Cápsula Endoscópica e a Enteroscopia de duplo balão são importantes para a avaliação do intestino delgado. Neste caso, a Enteroscopia foi fundamental para confirmar o diagnóstico, permitindo uma melhor definição do envolvimento do intestino delgado e na escolha do tratamento.

Os autores apresentam iconografia endoscópica e histológica completa, uma breve revisão teórica sobre esta patologia e a importância dos vários exames endoscópicos, sobretudo da Enteroscopia para o seu diagnóstico, estadiamento e planeamento terapêutico.

**31****ANEMIA FERROPÉNICA POR ENTERITE RÁDICA: UM CASO DOCUMENTADO POR VIDEOCÁPSULA E ENTEROSCOPIA****Autores**

Fidalgo C<sup>1</sup>, Serrano M<sup>1</sup>, Mão de Ferro S<sup>1</sup>, Ferreira S<sup>1</sup>, Chaves P<sup>2</sup>, Dias Pereira A.<sup>1</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Serviço de Gastroenterologia do IPOLFG, EPE <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica do IPOLFG, EPE

**Resumo**

Mulher de 69 anos referenciada a consulta de Gastroenterologia para estudo de anemia ferropénica conhecida há 2 anos, com necessidade de suporte transfusional e terapêutica marcial endovenosa (valor mínimo de Hb 4.8g/dL). A doente negava perdas hemáticas, alteração dos hábitos intestinais ou qualquer outra queixa. Dos antecedentes pessoais destaca-se carcinoma

pavimentocelular do colo do útero diagnosticado aos 58 anos, tratado com radioterapia externa (40 Gy) e curieterapia, em remissão desde então. Não havia qualquer outra comorbilidade ou medicação habitual, nomeadamente AINEs. O exame objectivo não mostrava alterações relevantes. Foi feita avaliação endoscópica do tubo digestivo por endoscopia digestiva alta e por colonoscopia que não mostraram alterações relevantes (avaliação histológica da mucosa duodenal sem particularidades). Para o esclarecimento da anemia, procedeu-se a enteroscopia por videocápsula (enteroclise prévia sem alterações) que mostrou múltiplas estenoses do delgado, uma delas extensamente ulcerada, favorecendo o diagnóstico de enterite rádica (ER). A cápsula não atingiu o cego durante o tempo do exame mas foi eliminada dias depois sem qualquer queixa. Perante a necessidade de diagnóstico diferencial foi realizada enteroscopia por duplo balão por via oral, com progressão até ao jejuno médio, onde se observou estenose que se biopsou, não tendo sido possível continuar a progressão por angulação/fixação. O exame histológico das biopsias mostrou fibrose da lâmina própria e submucosa superficial, o que é enquadrável no diagnóstico de ER. O caso é ilustrado com iconografia endoscópica (videocápsula e enteroscopia) e histológica. A ER é uma entidade que pode ocorrer em cerca de 5 a 20% dos doentes submetidos a radioterapia abdominal ou pélvica e que se pode apresentar como hemorragia digestiva obscura. O seu diagnóstico diferencial é vasto, incluindo a Doença de Crohn e a enteropatia por AINEs.

### 32 UMA SURPRESA INESPERADA

#### Autores

Ferreira A., Eliseu L., Sampaio M., Sousa HT., Contente L.

#### Instituição

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

#### Resumo

Doente do sexo feminino, 85 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial essencial, polimedicação - incluindo ácido acetilsalicílico. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de esforço para pequenos esforços e astenia, referindo história recente de melenas. Ao exame objectivo encontrava-se hipotensa (88/49 mmHg) e eu-cárdica, apresentando mucosas descoradas e desidratadas. A auscultação cardíaca revelou sopro proto-sistólico III/VI no foco aórtico. O abdómen era livre. Analiticamente evidenciava anemia ferropénica (Hb 6.2g/dL) e insuficiência renal com indícios de cronicidade. Realizou EDA que mostrou volumosa hérnia do hiato, pequenas angiodisplasias duodenais e um volumoso pólipio no antro gástrico, com 7,5 cm de maior eixo e formato cilíndrico/fálico, com mucosa aveludada, acinzentada e erosionada no topo,

o qual foi excisado com ansa diatérmica complementada por fulguração com argon-plasma para controlo de hemorragia imediata pós-polipectomia. Após estabilização, a doente teve alta aguardando estudo endoscópico do cólon. O estudo anatómopatológico da lesão revelou um tumor sub-mucoso constituído por matriz mixóide e células fusiformes sem atipias e com padrão em remoinho, numerosos eosinófilos e agregados linfóides. A imuno-histoquímica revelou positividade focal para actina (AE1/AE3) e negativa para CD34, CD 117, S100 e Alk. A mucosa adjacente evidenciava extensa metaplasia intestinal com focos de displasia de baixo grau. **Conclusão:** Pólipio fibróide inflamatório (tumor de Vanek) sobre metaplasia intestinal. Os autores apresentam iconografia alusiva ao procedimento endoscópico, na qual ressalta a peculiaridade morfológica do pólipio, e discutem a etiopatogenia e significado clínico desta lesão rara.

### 33 ÚLCERA GRANDE DA VÁLVULA ÍLEO-CECAL EM MULHER COM DOENÇA DE ALZHEIMER

#### Autores

Fernandes C., Amaral I., Veloso R., Pinto Pais T., Pinho R., Carvalho J., Fraga J.

#### Instituição

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho E.P.E.

#### Resumo

A referenciação para a consulta de Gastrenterologia por suspeita de Doença de Crohn é uma situação frequente. O diagnóstico desta patologia é clínico, baseado na anamnese, exame objectivo, achados laboratoriais, imagiológicos, endoscópicos e histológicos. Outras patologias como a colite infecciosa, apendicite ou diverticulite podem mimetizar aspectos compatíveis com Doença de Crohn, sendo por isso essencial a sua integração no diagnóstico diferencial.

Os autores apresentam um caso clínico duma mulher, 69 anos, com história de tuberculose pulmonar tratada há 60 anos, dislipidemia e doença de Alzheimer, referenciada à consulta de Gastrenterologia após se ter identificado, em colonoscopia, úlcera profunda na válvula ileo-cecal com cerca de 25mm de contornos irregulares e bordos polipoides. Histologicamente observou-se bordo e fundo de lesão ulcerada e presença de alguns granulomas epitelioides no córion, aspectos sugestivos de Doença de Crohn. Coloração de Ziehl-Neelsen negativa para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR). Sem história de dor abdominal, alterações do trânsito intestinal, perdas hemáticas, anorexia, febre, sudorese nocturna ou outra sintomatologia. Realizada a revisão da histologia confirmando-se a presença de granulomas. No rastreio de tuberculose o teste de sensibilidade à tuberculina e o IGRA (interferon gamma release assays) com resultados positivos. Nova colonoscopia, revelando aspectos en-

oscópicos semelhantes aos previamente descritos. Realizadas biopsias que revelaram esboço de granulomas e células gigantes multinucleadas; Pesquisa DNA de *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTC) positivo; Exame cultural positivo para MTC. Com o diagnóstico de tuberculose intestinal a doente é referenciada ao Centro de Doenças Pneumológicas para orientação e tratamento.

Com este relato os autores pretendem alertar para a importância da tuberculose intestinal no diagnóstico diferencial de lesões compatíveis com outras entidades patológicas, nomeadamente com a Doença de Crohn. Os autores expõem iconografia endoscópica e histológica correspondente.

34

### A RELEVÂNCIA DA NECROSECTOMIA ENDOSCÓPICA NA PANCREATITE AGUDA NECROTIZANTE

#### Autores

Arroja B., Rosa A., Duque G., Monsanto P., Almeida N., Amaro P., Ferreira M., Romaozinho J.M., Gouveia H., Sofia C.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

#### Resumo

**Introdução:** A pancreatite aguda necrotizante ocorre em cerca de 20% das pancreatites agudas, apresentando uma taxa de mortalidade que pode atingir valores de 40%. A necrose pancreática infectada e o desenvolvimento de coleções pancreáticas de grandes dimensões sintomáticas constituem indicações habituais para intervenção agressiva.

Na última década, as técnicas endoscópicas conheceram avanços significativos na abordagem transluminal destas patologias, nomeadamente pelo acesso do endoscópio à cavidade necrótica com desbridamento directo.

**Caso clínico:** Os autores descrevem um caso de um homem de 50 anos de idade internado em unidade de cuidados intensivos de hepato-gastrenterologia por pancreatite aguda indeterminada com necrose superior a 50% do parênquima pancreático e desenvolvimento de volumosa coleção peri-pancreática com conteúdo necrótico infectado. Procedeu-se a necrosectomia endoscópica por acesso transgástrico com recurso a agulha de pré-corte, dilatação pneumática da ostomia, remoção de material necrosado através do uso de ansa de polipectomia/Roth net e lavagem vigorosa contínua com soro fisiológico por dreno naso-quistico. O doente foi submetido a seis sessões de tratamento endoscópico com resolução clínica e imagiológica. Apresenta-se iconografia endoscópica e radiológica ilustrativa do procedimento.

**Conclusão:** a necrosectomia endoscópica é uma alternativa válida à cirurgia e às técnicas de drenagem percutânea na resolução de coleções/necrose pancreáticas infectadas e/ou sintomáticas.

35

### NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL: UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO

#### Autores

Pimentel R., Castro Ferreira J., Castro-Poças F., Areias J.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António, Porto

#### Resumo

**Introdução:** A neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) constitui uma minoria das lesões císticas pancreáticas; apesar disso tem sido diagnosticada com frequência crescente desde a sua descrição inicial em 1982. Trata-se de uma lesão com elevado potencial maligno, frequentemente constituindo um achado incidental em exame imagiológico.

**Caso:** Sexo masculino, 64 anos, avaliado em consulta de Gastrenterologia por diarreia crónica (confirmado tratar-se de esteatorreia) e um emagrecimento de 10kg. Na colonoscopia observadas gotículas de gordura nas fezes, sem outras alterações. Na endoscopia alta visualizou-se, no bolbo duodenal, um aparente orifício fistuloso com drenagem de muco associado a uma papila de Vater protuberante, levantando a suspeita de compressão extrínseca. Na TAC visualizada lesão cefalopancreática com 5,8cm, associada a marcada dilatação do Wirsung e ligeira dilatação do colédoco. Ecoendoscopia com punção aspirativa mostrou lesão cefalopancreática heterogénea, contornos irregulares, com múltiplos espaços císticos, sugestiva de NMPI. Citologia confirmou o diagnóstico imagiológico. Na RMN observada lesão compatível com NMPI, com dois trajectos fistulosos a fazer a comunicação do Wirsung com o corpo gástrico e com o bolbo duodenal. Efectuada duodenopancreatectomia cefálica. Histologia revelou um adenocarcinoma mucinoso enxertado em NMPI.

**Conclusão:** Actualmente a maioria dos casos de NMPI são diagnosticados em fase assintomática, sendo a esteatorreia a manifestação mais rara descrita em séries na literatura. A fistulização para órgãos adjacentes está descrita em 11-15% dos casos, geralmente associada a transformação maligna. Apesar de nestes casos a fistulização para dois órgãos não ser rara, a incidência de fístula combinada para duodeno e estômago é de apenas 6%. Apresentamos iconografia imagiológica e histológica.

36

### APLICAÇÃO DE AMPLATZER® SEPTAL OCCLUDER DEVICE (ASOD) NA DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE ESÓFAGO-GÁSTRICA.

#### Autores

Cardoso E, Silva R, Moreira-Dias L.

### Instituição

Serviços de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia do Porto.

### Resumo

**Introdução:** A deiscência da anastomose após cirurgia do tubo digestivo alto ocorre em cerca de 4-20%, e é uma complicação bastante temida, já que cursa com mortalidade elevada. O tratamento deverá ser imediato para evitar complicações que terminem em eventos fatais. **Caso clínico:** Os autores relatam o caso de um homem de 60 anos que realizou esofagectomia por adenocarcinoma do terço distal do esófago (uT2N+M0). Ao 8º dia pós-operatório, por degradação da função respiratória, realizou TAC torácica que identificou uma volumosa coleção hipodensa envolvendo a anastomose esófago-gástrica intra-torácica, com extensão longitudinal de 27cm e antero-posterior de 14,3cm. Foi efectuada endoscopia digestiva alta para avaliação da anastomose onde, aos 28cm da arcada dentária, se reconheceu a deiscência de cerca de 50% da anastomose, com formação de uma cavidade para-anastomótica de grandes dimensões, e cujo diâmetro da abertura para essa cavidade era de cerca de 35mm. Após discussão do caso com a equipa de cirurgia, decidiu-se tentar o tratamento endoscópico, tendo o doente sido submetido ao preenchimento da cavidade para-anastomótica com rede de vicril e aplicação de cola de fibrina em várias sessões. Posteriormente, sob controlo fluoroscópico, foi colocado um ASOD - dispositivo auto-expansível de nitinol usado no encerramento de defeitos do septo cardíaco - com diâmetros de 46mm no disco exterior e 32mm no eixo central, na abertura da cavidade, seguida de colocação de prótese metálica parcialmente coberta Ultraflex® com 10 cm de comprimento ao nível da anastomose, e sobreposta ao ASOD. Os autores apresentam um vídeo em que se descrevem as várias técnicas endoscópicas envolvidas e aplicadas neste caso clínico.

### 37

#### TÉCNICA RENDEZVOUS DE CPRE ASSISTIDA POR ECOENDOSCOPIA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE BILIAR TRANSPAPILAR

### Autores

Barreiro P., Pinto Marques P., Serra D., Herculano R., Matos L.

### Instituição

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Hospital da Luz

### Resumo

A colangiografia anterógrada guiada por ultrassonografia endoscópica com drenagem das vias biliares, com ou sem apoio da CPRE, tem-se revelado uma alternativa válida à via percutânea transhepática ou cirúrgica em casos de icterícia obstrutiva após insucesso da CPRE.

Os autores apresentam o caso de um doente de 65 anos, com hábitos alcoólicos e tabágicos, que é internado por icterícia obstrutiva (bilirrubina total – 21,1 mg/dL) com 10 dias de evolução. A ecografia abdominal e a tomografia computadorizada documentaram lesão nodular na cabeça do pâncreas, com 25 x 30 mm, associada a dilatação das vias biliares e do Wirsung, com metastização hepática. Procedeu-se a tentativa de drenagem da via biliar por CPRE sem sucesso por impossibilidade de identificação da papila devido a edema e deformação duodenal. Neste contexto, decidiu-se tentar a técnica rendezvous de CPRE assistida por ecoendoscopia. O procedimento foi realizado sob sedação profunda e controlo fluoroscópico. Fez ecoendoscopia diagnóstica (aparelho linear) com punção aspirativa da lesão cefálica pancreática (agulha 22G). Seguidamente punccionou-se ramo da via biliar intra-hepática esquerda, confirmada com aspiração de biliar e obtenção de colangiograma (acesso transgástrica; agulha 22G). Procedeu-se então a passagem de fio-guia (0,018-inch) de forma anterógrada que ultrapassou a estenose biliar com passagem duodenal transpapilar do mesmo. Posteriormente foi realizada CPRE com eficaz canulação via biliar principal sob orientação do fio-guia previamente colocado. Efectuou-se esfincterectomia biliar e colocação de prótese metálica auto-expansível coberta 10Fr, com eficaz drenagem da via biliar. O resultado histológico posteriormente obtido confirmou tratar-se de adenocarcinoma pancreático. Às 6 semanas de seguimento não se verificaram complicações.

### 38

#### ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULAS PÓS-CIRÚRGICAS COM O NOVO SISTEMA "OVESCO - OVER-THE-SCOPE-CLIP" (OTSC): EXPERIÊNCIA INICIAL

### Autores

Veloso R., Proença L., Pinho R., Rodrigues A., Pais T., Fernandes C., Carvalho J., Fraga J.

### Instituição

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

### Resumo

**Introdução:** O encerramento endoscópico de trajectos fistulosos pós-cirúrgicos tem sido alvo de muita evolução e investigação. Recentemente foi desenvolvido um novo tipo de clip de nitinol montado na extremidade do endoscópio capaz de capturar uma grande quantidade de tecido e de comprimir as lesões até à sua cicatrização. **Objectivos:** Os autores propõem-se apresentar a experiência inicial da colocação de OTSC em dois casos de fístulas pós-cirúrgicas. **Descrição:** CASO 1 – mulher de 56 anos de idade, admitida para realização de cirurgia de restrição gástrica ("gastric sleeve") para tratamento de obesidade. Pós-operatório complicado com deiscência de sutura

mecânica ao nível da transição esófago-gástrica (orifício com cerca de 8 mm) com formação de fístula para a cavidade abdominal. Colocada prótese plástica duplamente coberta (Harnostent, 8 cm), com necessidade de três reposicionamentos por migração distal, não se conseguindo encerramento do trajecto fistuloso. Procede-se então à colocação de OTSC. Efectua controlos radiológicos seriados que constata encerramento do trajecto fistuloso. CASO 2 - Mulher de 59 anos de idade, submetida a ressecção anterior do recto por adenocarcinoma do recto (ecoendoscopia: uT3N0Mx). Readmitida cerca de 1 mês após a cirurgia por deiscência anastomótica com formação de trajecto fistuloso entero-cutâneo. Realiza colonoscopia que confirma orifício fistuloso com cerca de 10 mm. Efectua colostomia de derivação e terapêutica antibiótica, sem sucesso. Tentativa de encerramento com clips transendoscópicos (Boston Resolution Clips), sem sucesso. Procede-se então à colocação de OTSC com aparente sucesso técnico. No controlo endoscópico após duas semanas, observou-se OTSC livre na cavidade rectal, permanecendo o orifício fistuloso. **Conclusões:** Os autores apresentam a experiência inicial com este novo e inovador tipo de clips, com bons resultados descritos na literatura, mas com sucesso dependente do tipo, tamanho e localização do orifício fistuloso.

39

### FISTULA PLUG: OPÇÃO TERAPÊUTICA EM FÍSTULA GASTRO-CUTÂNEA

#### Autores

Cardoso E, Silva R, Mesquita N, Moreira-Dias L.

#### Instituição

Serviço de Gastreenterologia do Instituto Português de Oncologia do Porto.

#### Resumo

**Introdução:** A persistência de fístula gastro-cutânea após remoção de sonda de gastrostomia é uma complicação conhecida, com incidência de 2-44% em crianças, e cuja incidência em adultos não está reportada. **Caso clínico:** Os autores relatam o caso de um homem com 45 anos com diagnóstico de adenocarcinoma da amígdala, com gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) por mucosite rástica, que desenvolveu fístula gastrocutânea após remoção da sonda. Por persistência e refractariedade à terapêutica conservadora com supressão da acidez gástrica e nutrição parentérica, foi proposto o encerramento da fístula com colocação de fistula plug. Os autores apresentam um vídeo descritivo da preparação do material e da técnica utilizada no tratamento das fístulas gastrocutâneas. **Discussão:** Nesta situação, têm sido descritas diferentes abordagens que vão desde o tratamento cirúrgico mais agressivo a uma abordagem por várias técnicas de endoscopia terapêutica que in-

cluem a desepitelização do trajecto com argon plasma, o uso de endoclips e a injeção de cola de fibrina. Mais recentemente foi descrita a aplicação de Surgisis® fistula plug, um biomaterial de matriz extracelular de submucosa intestinal de suíno, usado no tratamento de fístulas anais.

### Comunicações Oraís (Pâncreas e Vias Biliares)

3 Junho, 2011

16.30 – 18.00

Sala J. Gouveia Monteiro

40

### COMPARAÇÃO DOS ÍNDICES DE PROGNÓSTICO BISAP E RANSON NA PREVISÃO DA MORBILIDADE E MORTALIDADE NA PANCREATITE AGUDA GRAVE

#### Autores

Lagos AC, Rego AC, Barjas E, Correia L, Valente A, Palma R, Alexandrino P, Velosa J.

#### Instituição

Unidade Cuidados Intensivos de Gastreenterologia e Hepatologia (UCIGEH) - Hospital Santa Maria(CHLN)

#### Resumo

**Objectivo:** A identificação precoce dos doentes com Pancreatite Aguda Grave (PAG) com risco elevado de mortalidade é essencial para o tratamento e prognóstico. Um novo índice de prognóstico, Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis (BISAP), foi proposto como um score preciso na identificação dos doentes com risco elevado de mortalidade. O objectivo deste trabalho é comparar os scores BISAP e Ranson na previsão da falência de órgão, infecção pancreática e mortalidade na PAG. **Material:** Os doentes com PAG admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastreenterologia foram avaliados retrospectivamente no período de 2004 a 2010. O BISAP (ureia nitrogenada sérica > 25 mg/dl, alteração do estado de consciência, síndrome da resposta inflamatória sistémica, idade > 60, derrame pleural) foi calculado nas primeiras 24h de internamento e o Ranson nas primeiras 48h. A comparação destes índices na previsão da morbidade e mortalidade na PAG foi efectuada através da AUC (area under the receiver-operating characteristic curves).

**Resultados:** Obtiveram-se 143 doentes com PAG (idade média 63, 58,7% do sexo masculino) dos quais 21,7% faleceram. A duração média de internamento foi de 14,7 dias. A etiologia mais frequente foi a litiásica (78%). Documentou-se falência de órgão em 87,4%, infecção pancreática em 15,4% (agentes mais frequentes *Escherichia coli* e *Enterococcus faecium*) e necessidade de cirurgia em 8,4%, dos quais 41,7% faleceram.

AUC's para BISAP e Ranson na previsão da falência de órgão foi de 0,74 (intervalo de confiança (IC) 0,61-0,87) e de 0,62 (IC 0,5-0,75), da infecção pancreática foi de 0,67 (IC 0,54-0,78) e de 0,68 (IC 0,55-0,83) e da mortalidade foi de 0,74 (IC 0,64-0,83) e de 0,63 (IC 0,52-0,74), respectivamente.

**Conclusões:** O BISAP é um método simples e rápido e quando comparado com o índice Ranson, revelou uma eficácia superior na previsão de falência de órgão e mortalidade nos doentes com PAG.

#### 41

### ÍNDICE DE BISAP: UMA ALTERNATIVA SIMPLES

#### Autores

Ricardo L.; Cardoso F.; Oliveira A.; Rodrigues C.; Figueiredo A.; Horta D.; Pires E.; Deus J.

#### Instituição

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

#### Resumo

**Introdução:** identificação precoce dos doentes em risco de desenvolver formas graves de pancreatite aguda (PA) é determinante para uma correcta abordagem clínica e terapêutica. têm sido utilizados vários critérios para determinar a sua gravidade entre os quais o índice de Ranson e o valor da proteína C reactiva (PCR).

O índice de BISAP (bedside index for severity in acute pancreatitis) foi validado como novo sistema de estratificação do risco de mortalidade intra-hospitalar com base em critérios simples (ureia >50 mg/dL; alteração do estado de consciência; idade >60 anos; síndrome de resposta inflamatória sistémica e derrame pleural).

**Objectivo:** Avaliar a relação entre os índices de BISAP, Ranson e a PCR na avaliação da gravidade da PA.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes diagnosticados com PA no nosso hospital, nos anos de 2009 e 2010. O índice de Ranson foi determinado na admissão e às 48 horas, o índice de BISAP e o valor da PCR foram determinados nas primeiras 24 horas. Na análise estatística utilizou-se o teste do Qui-Quadrado.

**Resultados:** Identificaram-se 324 doentes com PA (média de idade 58,9 anos; 53% do sexo masculino). O número de doentes com Ranson ≥ 3 foi de 109 (33,6%), BISAP ≥ 3 foi de 42 (13,0%) e PCR ≥ 15 mg/dL foi de 36 (11,1%). Registaram-se 12 óbitos (mortalidade de 3,7%) e em todos eles se objectivou Ranson ≥ 3, BISAP ≥ 3 e PCR ≥ 15 mg/dL.

Verificou-se uma associação positiva, estatisticamente significativa entre BISAP ≥ 3 e Ranson ≥ 3 (p < 0,001) assim como entre BISAP ≥ 3 e PCR ≥ 15 mg/dL (p < 0,001).

**Conclusões:** A identificação dos doentes com maior risco de morbimortalidade permanece ainda um desafio no sentido de determinar critérios de avaliação simples e específicos.

Na nossa população verificou-se uma associação positiva entre os índices de Ranson e a PCR com o índice de BISAP, revelando-se o último uma alternativa.

#### 42

### TERAPEUTICA ENDOSCÓPICA DE COLEÇÕES PERI-PANCREATICAS: DA DRENAGEM À NECROSECTOMIA

#### Autores

Duque G., Rosa A., Lopes S., Souto P., Camacho E., Gomes D., Portela F., Ferreira M., Amaro P., Romãozinho J.M., Gouveia H., Sofia C.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia- Hospitais da Universidade de Coimbra

#### Resumo

**Introdução:** Embora podendo resolver espontaneamente, alguns casos de colecções peri-pancreáticas, consequentes quer à pancreatite aguda, quer à pancreatite crónica agudizada, constituem autênticos desafios terapêuticos. As opções incluem a cirurgia e as drenagens percutânea e endoscópica.

**Objectivo:** Análise das técnicas de drenagem das CP associadas a pancreatite aguda (PA) ou crónica (PC).

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes internados por CP (classificação de Atlanta, revista) entre Janeiro 2005 a Fevereiro 2011, num Serviço de Gastrenterologia. Avaliaram-se as características dos doentes e das CP com indicação potencial para tratamento, técnicas de drenagem e evolução. Drenagem endoscópica: transpapilar, transmural ou necrosectomia.

**Resultados:** Identificaram-se 60 doentes com CP (42 homens), idade média: 54 ± 16 anos (25-85). Etiologia: PA (51): alcoólica (n=22), litiásica (n=21), outra (n=8); PC (9): alcoólica (n=7).

Estratégia expectante (23). Drenagem cirúrgica (3). Drenagem percutânea (16). Drenagem endoscópica: (18), 11 homens, idade média 52,7 ± 15,3 anos (30-85), diâmetro: 15 ± 5,5 cm (5-23): pseudoquisto agudo (n=8), pseudoquisto crónico (n=4). Necrose pancreática organizada (n=8). Submetidos a 48 procedimentos [2,8 ± 2/doente (1-7)].

Indicações para drenagem: dor (77,8%), febre (22,2%), intolerância alimentar (33,3%), aumento das dimensões (11,1%) e icterícia (11,1%). Tempo decorrido até à drenagem: 72,2 ± 70,4 dias. Técnica: transmural (n=13), transpapilar (n=4) e ambas (n=1); necrosectomia (n=5). Complicações: recorrência (n=8), hemorragia autolimitada (n=3), morte (n=1). Necessidade de terapêutica adjuvante: imagiológica (n=3) e cirúrgica (n=3). Duração de internamento: 39,8 ± 34,1 dias (5-117).

Seguimento pós-alta: 14 ± 12 meses; todos os doentes assintomáticos, persistência de colecções residuais (dimensões < a 5 cm) em 44,4%.

**Conclusões:** A drenagem endoscópica é bem sucedida e está associada a baixa taxa de complicações. Evita o recurso a modalidades terapêuticas mais agressivas ou complexas.



43

**TUMORES DO HILO TERAPÊUTICA PALEATIVA****Autores**

Liberato M., Canena J.

**Instituição**

Centro de Gastrenterologia, Hospital CUF Infante Santo

**Resumo**

**Objetivos:** Avaliação da eficácia da paleação com Próteses Biliares Plásticas (PBP) e Próteses Metálicas Autoexpansíveis (PME) em doentes com estenoses malignas do Hilo. Analisamos as complicações precoces e tardias, patência das próteses e taxa de reintervenção. Os doentes foram divididos em grupos de acordo com a classificação de Bismuth: grupo 1 – tipo I; grupo 2 – tipo II; grupo 3 – tipo ≥3.

**Sumário e Resultados:** De Setembro 95 a Dezembro 2010, foram estudados 480 doentes com idade compreendida entre os 45 e 96 anos (idade média 74.6 A). A colocação de próteses foi conseguida em 450 doentes (93.75%); PBP em 204 (45%) e PME em 246 (55%).

Grupos	Doentes	Sucesso Técnico
G1	214	209 (97.7%)
G2	145	136 (93.8%)
G3	121	105 (86.8%)

Grupo 1 – 110 (52.6%) PBP e 99 (47.4%) PME

Grupo 2 – 59 (43.4%) PBP (38 próteses bilaterais) / 77 (56.6%) PME (42 próteses bilaterais)

Grupo 3 – 35 (33.3%) PBP e 70 (66.7%) PME

Complicações Precoces: Doentes com PBP 11 (5.39%). Colangite em 8 e migração da prótese 3.

Complicações Tardias: Doentes com PBP 114 (55.9%); obstrução em 106 (52%); colangite em 68 (33.3%); migração em 8 (3.9%) doentes. Nas PME: obstrução em 60 (24.4%); colangite em 14 (5.7%). Os restantes 186 com PME não necessitaram de reintervenção endoscópica.

Patência Média (semanas): G1 – PBP 22; PME 35. G2 – 1PBP 15, 2PBP 18; 1PME 23, 2PME 30. G3 – PBP 11; PME 16

**Conclusões:** As PME são mais eficazes que as PBP na terapêutica dos tumores do Hilo, melhor patência e menor taxa de complicações. Nas estenoses do Hilo tipo II a colocação bilateral de PME garante uma drenagem biliar mais eficaz, sem alteração significativa na sobrevida dos doentes com uma PME. As PBP devem ser reservadas para a drenagem pré-operatória.

44

**NÓDULOS PANCREÁTICOS SUBMETIDOS A PUNÇÃO GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: ANÁLISE DE 3 ANOS****Autores**

Carvalho R., Brito D., Pontes JM., Saraiva S., Areia M., Alves S., Cadime AT.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra

**Resumo**

**Introdução:** Os tumores do pâncreas são de difícil abordagem diagnóstica, sendo a punção guiada por ecoendoscopia uma ferramenta importante.

**Objetivo:** Analisar o resultado da punção por ecoendoscopia de nódulos sólidos pancreáticos, o tratamento e a evolução clínica dos doentes.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de doentes com nódulos sólidos do pâncreas submetidos a punção aspirativa entre Janeiro/2008 e Dezembro/2010. Registadas as características das lesões, os diagnósticos citológicos e histológicos e dados relativos ao tratamento e evolução clínica dos doentes.

**Resultados:** Realizadas 24 punções em 24 doentes, 15 (62.5%) do sexo masculino, com idade média de 65.3±11.9 anos. As lesões localizavam-se preferencialmente na cabeça do pâncreas (41.7%) e apresentavam tamanho mediano de 30 (16-75) mm. Efectuada uma mediana de 2 (1-5) passagens com agulha fina de 22G. Não se verificaram complicações major.

Obteve-se amostra para estudo citológico e histológico em 23 (95.9%) punções, verificando-se concordância diagnóstica em 16 (69.5%).

Resultados das punções: maligno – 22 (83.3%); benigno – 2 (8.3%); indeterminado – 2 (8.3%). Diagnósticos: adenocarcinoma – 14 (58.3%); tumor neuroendócrino – 2 (8.3%); linfoma – 2 (8.3%); leiomiossarcoma – 1 (4.2%); metástase de melanoma – 1 (4.2%); pancreatite crónica – 1 (4.2%); alterações inflamatórias – 1 (4.2%).

Dos doentes com diagnóstico indeterminado, um deles foi submetido a cirurgia, tendo o estudo anátomo-patológico revelado tratar-se de tumor neuroendócrino.

Foi possível avaliar a evolução clínica de 17 (77.3%) doentes com tumores malignos. Destes, um foi submetido a cirurgia seguida de quimioterapia, 13 fizeram apenas quimioterapia e 3 terapêutica de suporte. Ocorreram 7 óbitos (sobrevida média de 9.9 meses).

Dos dois doentes com diagnóstico benigno, perdemos o follow-up de um deles e o outro com diagnóstico de pancreatite crónica mantém vigilância e estabilidade clínica.

**Conclusão:** Os tumores sólidos do pâncreas são, na sua maioria, malignos e de mau prognóstico. A punção guiada por ecoendoscopia permitiu um diagnóstico na maioria das situações.

45

**COLEDOLITÍASE CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA****Autores**

Giestas S., Ferreira R., Carvalheiro J., Fernandes A., Agostinho C., Mendes S., Mesquita R., Panão E., Campos M.J.



**Instituição**

**CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA, EPE**

**Resumo**

**Introdução:** A coledocolitíase ocorre em 10 a 20% dos portadores de litíase vesicular, aumentando a incidência com a idade. Pode ser assintomática por vários anos ou manifestar-se com cólica biliar com ou sem complicações (colangite, icterícia obstrutiva, pancreatite). A associação dos critérios clínicos, laboratoriais e ecográficos determinam sensibilidade diagnóstica de 96-98%.

**Objectivos:** Avaliar as características clínicas, laboratoriais e imagiológicas da coledocolitíase.

**Doentes e Métodos:** análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados com coledocolitíase sintomática no período compreendido entre 01/01/2009 a 31/12/2010.

**Resultados:** diagnosticados 81 casos, idade média de 74,5±15,7 anos, 54,3% sexo feminino. Em 47% foi episódio inaugural. Antecedentes: 53% pelo menos 1 episódio prévio de cólica biliar; 32,1% litíase vesicular conhecida; 20,9% colecistectomia prévia; 45,7% internamento prévio (17 por coledocolitíase, 14 por pancreatite, 6 por colangite). Sintomas mais comuns: 86,4% dor hipocôndrio direito; 58% náuseas/vómitos; 38% icterícia; 27,2% febre. Forma de manifestação: icterícia obstrutiva 38%, colangite 27,2%, cólica biliar isolada 23,5%, pancreatite aguda 18,5%. Média análises séricas: BT 41,3±24,1U/L; BD 12,7±8,7U/L; AST 123±47U/L; ALT 108±64U/L; FA 285±114U/L; GGT 261±169U/L. Apenas 2 doentes apresentaram valores normais de FA e 5 valores normais de GGT. Alterações sugestivas na ecografia em 78% dos casos (78% dilatação VBP; 70% cálculo VBP). Os 17 doentes com ecografia não sugestiva realizaram colangio-RM (visualização cálculo em 17; dilatação VBP em 16). Todos foram submetidos a CPRE identificando-se: cálculo em 80%; dilatação VBP em 79%; 11,1% papila aberta/rasgada; 6,2% não se conseguiu aceder VBP e 2,5% sem alterações sugestivas de coledocolitíase (CPRE realizada pós-alta). Ocorreram 6 pancreatites agudas pós-CPRE. Um doente faleceu por pneumonia nosocomial. Tempo médio de internamento: 11,9±5,4 dias. Foram orientados para colecistectomia laparoscópica 59,3%.

**Conclusão:** Na presente casuística 76.5% (n=62) das coledocolitíases apresentaram-se sob forma de complicação. Os critérios clínicos, laboratoriais e ecográficos foram suficientes para identificar a maioria dos casos.

**Autores**

Serrano M.<sup>2</sup>, Lage P.<sup>1,2</sup>, Belga S.<sup>2</sup>, Filipe B.<sup>4</sup>, Francisco I.<sup>4</sup>, Fonseca R.<sup>3</sup>, Chaves P.<sup>3</sup>, Rodrigues P.<sup>1</sup>, Claro I.<sup>1,2</sup>, Albuquerque C.<sup>4</sup>, Dias Pereira A.<sup>2</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Clínica de Risco Familiar, <sup>2</sup>Serviços de Gastreenterologia e <sup>3</sup>Anatomia Patológica, <sup>4</sup>C.I.P.M. IPOLFG,EPE

**Resumo**

**Introdução:** Em 1997 foram estabelecidos os Critérios de Bethesda (CB) e revistos em 2004 (CBR), com o objectivo de seleccionar os carcinomas do cólon e recto (CCR) que devem ser submetidos a pesquisa de instabilidade microssatélites (IM). A IM de alto grau (IMA) é um marcador intermediário para a análise mutacional nos genes envolvidos na síndrome de Lynch (SL).

**Objectivos:** Avaliar o valor dos CB/CBR na detecção de IM e identificação de mutações que traduzam novos casos de SL.

**Métodos:** Incluídos 174 doentes com CCR (75H, 99M; média de idades: 53 anos) e indicação para análise de IM pelos CB e/ou CBR. Efectuou-se IM com os marcadores de Bethesda e análise mutacional nos genes MLH1, MSH2 e MSH6 através de DGGE, MLPA e sequenciação directa.

**Resultados:** Verificou-se que 114/174 (65,5%) doentes preenchiu CB e todos CBR. Com os CB detectou-se IMA em 37/114 (32,5%) CCR e a análise mutacional foi positiva em 14/37 (37,8%), correspondendo a 14/18 (77,8%) dos casos em que se encontra concluída. Os CBR permitiram a detecção de IMA em 49/174 (28,2%) CCR, tendo a análise mutacional sido positiva em 16/49 (32,7%), representando 16/21 (76,2%) dos doentes em que se encontra concluída. Foram identificados 14/114 (12,3%) novos casos com SL, através dos CB, e 16/174 (9,2%), através dos CBR. Detectaram-se 11 mutações patogénicas no MLH1, 5 no MSH2 e 0 no MSH6.

**Conclusões:** 1) Os CB, mais restritivos na selecção dos casos, apresentaram uma percentagem praticamente sobreponível na detecção de IMA e de mutações, quando comparados com os CBR; 2) Os CBR implicaram a análise de um número superior de doentes, mas possibilitaram a detecção de dois casos adicionais de SL; 3) Esta diferença tem um impacto importante ao possibilitar a implementação de medidas preventivas nos vários familiares portadores da doença.

**47**

**APLICAÇÃO DO SISTEMA OLGA DE ESTADIAMENTO DA GASTRITE CRÓNICA A UMA POPULAÇÃO DE RISCO: ESTUDO CASO-CONTROLO**

**Autores**

Marcos-Pinto R, Carneiro F, Wen X, Dinis-Ribeiro M, Lopes C, Areias J

Comunicações Oraís (Tubo Digestivo)

4 Junho, 2011

9.00 – 10.30

Sala António Catita

**46**

**CRITÉRIOS DE BETHESDA PARA INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES: IMPACTO NA DETECÇÃO DE NOVOS CASOS DE SÍNDROME DE LYNCH**

**Instituição**

S. de Gastreenterologia do CHP e do IPO-Porto; S. de Anat.Pat. do HSJ; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP); CINTESIS/FMUP & Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP)

**Resumo**

**Introdução:** Familiares de primeiro grau de doentes com cancro gástrico têm um aumento da prevalência de lesões pré-malignas e do risco de progressão para carcinoma gástrico, risco esse que poderá ser maior em casos de carcinoma gástrico em doentes jovens ("early onset"). O designado sistema OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment), avaliado até agora em dois estudos transversais e dois de coorte, foi proposto para estratificar o risco de progressão das lesões gástricas pré-malignas.

**Objectivo:** Estimar a prevalência de lesões pré-malignas da mucosa gástrica numa população de indivíduos familiares de doentes jovens com cancro gástrico e avaliar o risco de progressão através do sistema OLGA

**Material e Métodos:** Estudo caso-controlo, incluindo familiares de primeiro grau (n=80) de doentes com carcinoma gástrico diagnosticado antes dos 45 anos e controlos ajustados para sexo e idade (cônjuges, vizinhos e dispépticos) (n= 70). Todos os indivíduos foram submetidos a endoscopia digestiva alta com biópsias para avaliação histológica, de acordo com o sistema OLGA (Grau 0-IV).

**Resultados:** Foi observada atrofia gástrica em 56% dos casos (extensa em 46%) e 32% dos controlos. Lesões de displasia foram identificadas apenas no grupo dos familiares (n=5). Os resultados da avaliação pelo sistema OLGA foram os seguintes: Casos: 0-32%; I-41%; II-10%; III-8%; IV-9%; Controlos: 0-68%, I-28%; II-4%; III-0%; IV-0%. 80% dos casos de displasia foram graduados como III ou IV.

**Conclusões:** Este é primeiro estudo que aborda esta população de risco e que aplica o sistema OLGA, tendo demonstrado uma prevalência elevada de lesões pré-malignas (incluindo displasia) em familiares de doentes jovens com carcinoma gástrico, assim como grau mais elevado (classificação de OLGA) nos familiares relativamente aos controlos.

48

#### ESTUDO DA RESISTÊNCIA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO HELICOBACTER PYLORI AOS AGENTES ANTI-MICROBIANOS ? RESULTADOS PRELIMINARES

**Autores**

Romãozinho JM.<sup>1,2</sup>, Almeida N.<sup>2</sup>, Donato MM.<sup>1</sup>, Luxo C.<sup>3</sup>, Cardoso O.3, Cipriano MA.<sup>4</sup>, Marinho C.<sup>4</sup>, Figueiredo R.<sup>1</sup>, Sofia C.<sup>1,2</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Centro de Gastreenterologia da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Gastreenterologia dos HUC; <sup>3</sup>Laboratório de Micro-

biologia da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; <sup>4</sup>Serviço de Anatomia Patológica dos HUC

**Resumo**

**Introdução:** A terapêutica da infecção pelo *Helicobacter pylori* (Hp) está recomendada em situações específicas, seguindo protocolos de erradicação internacionalmente aceites, para os quais se observa um aumento crescente de resistências.

**Objectivos:** Caracterizar a resistência primária e secundária do Hp aos agentes anti-microbianos, procurando definir os mecanismos dessa resistência.

**Doentes e Métodos:** Estudo prospectivo, unicêntrico, englobando doentes com teste respiratório da ureia C13 positivo. Os doentes foram divididos em dois grupos: A-sem erradicação prévia (resistências primárias); B-com tentativa de erradicação prévia (resistências secundárias). Realizada EDA com biópsias para estudos histológicos e microbiológicos (caracterização do perfil genético e perfil de resistências). Efectuado, após a EDA, protocolo de erradicação habitual, com controlo posterior por teste respiratório. Após caracterização epidemiológica da população estabeleceu-se a comparação dos 2 grupos. Análise estatística com SPSS v17.0.

**Resultados:** Até início de Março tinham completado todo o protocolo 88 doentes (H/F-25/63; Média Etária-43±14 anos; Grupo A/Grupo B-51/37), a maioria referenciada para erradicação por dispépsia ou anemia ferripriva. Completaram o tratamento instituído 88,6% dos doentes, registando-se efeitos adversos em 40,9%. Conseguida erradicação em 64,8% (Grupo A-74,5%; Grupo B-51,4%; p=0,041). Registadas as seguintes diferenças entre os 2 grupos (Grupo A vs Grupo B; p<0,05): antibioterapia nos últimos 12 meses (23,5% vs 56,8%); hábitos tabágicos (11,8% vs 29,7%); presença do gene *VacA s1b* (39,2% vs 18,9%). Não se registou resistência à amoxicilina e às tetraciclina em contraste com a claritromicina-46,6%(A-15,7%; B-89,2%; p<0,0001), o metronidazol-40,9%(A-27,5%; B-59,5%; p=0,004) e a levofloxacina-30,7%(A-25,5%; B-37,8%; p=0,247).

**Conclusões:** Estes resultados preliminares revelam elevadas taxas de resistência à claritromicina, metronidazol e levofloxacina, mesmo nos doentes sem erradicações prévias. As diferenças entre os dois grupos sugerem a possibilidade de aquisição de resistência durante o tratamento. Os hábitos tabágicos estão associados a maior risco de insucesso na erradicação ao inverso do que sucede com a presença do gene *VacA s1b*.

49

#### FAMILIARES DE PRIMEIRO GRAU DE DOENTES JOVENS COM CARCINOMA GÁSTRICO: FENÓTIPO, GENÓTIPO E INFECÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI

**Autores**

Marcos-Pinto R, Dinis-Ribeiro M, Carneiro F, Machado JC, Figueiredo C, David L, Reis C, Ferreira R, Wen X, Lopes C, Cirtes L, Ferreira J, Areias J

**Instituição**

Ser.de Gastreenterologia do CHP e do IPO-Porto; Ser. de Anat.Pat. do HSJ; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

da Universidade do Porto (ICBAS-UP);CINTESIS/FMUP & Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP)

### Resumo

**Introdução:** Os familiares de primeiro grau de doentes com cancro gástrico têm um aumento da prevalência de lesões pré-malignas. Contudo, não há recomendações para o rastreio e diagnóstico precoce destes indivíduos, nem uma caracterização precisa das alterações fenotípicas e/ou genotípicas associadas à cacínogenese gástrica a qual poderá ser mais rápida em famílias de doentes jovens com carcinoma gástrico (antes dos 45 anos).

**Objectivo:** Avaliar as alterações fenotípicas da mucosa gástrica e as características genotípicas dos indivíduos e das estirpes de *Helicobacter pylori* (Hp) em familiares de doentes jovens com cancro gástrico.

**Material e Métodos:** Neste estudo caso-controlo, foram incluídos 90 casos (familiares de primeiro grau de doentes jovens com carcinoma gástrico) e 70 controlos (cônjuges, vizinhos e dispépticos). Foi realizada endoscopia digestiva alta com biopsias para avaliação histológica (Sydney-Houston), cultura de Hp e genotipagem das estirpes relativamente aos genes *vacA*(região s) e *cagA*; procedeu-se à colheita de sangue periférico para genotipagem dos genes *IL1B* e *IL1RN* através de PCR-SSCP.

**Resultados:** Avaliação fenotípica da mucosa gástrica: foi identificada gastrite crónica atrofica em 56% dos casos e neoplasia intraepitelial/dislásia em 6% em comparação com 22% de atrofia nos controlos (sem nenhum caso de dislásia). Variação genética: 62% dos casos eram portadores do alelo T\* do gene *IL1B* e 52% portadores do alelo 2\* do gene *IL1RN* (54% e 48% nos controlos). Infecção e variação genotípica de Hp: 80 % dos casos eram Hp positivo (62% nos controlos) ; foram identificados genótipos de virulência de tipo *vacAs1* e *cagA+* em 58% e 85% dos casos, respectivamente (50% e 86% para os controlos).

**Conclusões:** Este é o primeiro estudo que aborda esta população, com resultados que mostram uma elevada prevalência de lesões precursoras de cancro do estômago, de infecção por Hp e de polimorfismos pró-inflamatórios dos genes *IL1B* e *IL1RN*.

50

### PEQUENOS TUMORES GÁSTRICOS SUBMUCOSOS DA CAMADA MUSCULAR: HISTÓRIA NATURAL E POTENCIAL DE MALIGNIDADE

#### Autores

Faías S.<sup>1</sup>, Silva J.P.<sup>1</sup>, Fonseca R.<sup>2</sup>, Dias Pereira A.<sup>1</sup>

#### Instituição

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia e <sup>2</sup>Anatomia Patológica Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Lisboa

### Resumo

**Introdução:** A maioria dos tumores com origem na camada muscular própria do estômago são tumores do estroma gastrointestinal (GISTs). Os pequenos tumores (<3 cm), são geralmente assintomáticos e pelo desconhecimento da sua história natural, a sua orientação permanece controversa.

**Objectivo:** Determinar a história natural e o potencial de malignidade de pequenos tumores gástricos (< 3 cm) com origem na muscular própria.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva de 42 doentes com seguimento prolongado (>12 meses), assintomáticos, com tumores gástricos da 4ª camada, com <3 cm, avaliados com primeira Ecoendoscopia (EUS) de Jan/90-Dez/10. Avaliadas a localização, características endosonográficas [dimensão, ecoestrutura (homogeneidade, quistos, calcificações), limites (regularidade)], citologia obtida por punção e confrontadas com seguimento prolongado (>12meses) ou peça cirúrgica. Análise estatística: Stata 8.0, teste t-student e teste exacto de Fisher (significativos se p<0,05).

**Resultados:** 42 doentes (27F/15M), idade média=58 anos(19-81) com seguimento médio=74 meses (18-230), todos assintomáticos, com tumores de dimensão=19?7mm(6-30). Localização: cardia/fundo (22); corpo (12); antro (8), dos quais 40% (17/42) com características endosonográficas suspeitas (heterogéneos, áreas quísticas, calcificações). Punção de 8/42 lesões, com citologia conclusiva em 7. Ressecção cirúrgica em 17/42, 10 após EUS inicial (6 GISTs de baixo risco, 1 schwannoma, 1 neurofibroma, 1 glomangioma, 1 leiomioma) e 7 por crescimento tumoral (todos GISTs de baixo risco), cujo crescimento foi verificado após um seguimento médio de 42 meses (12-84) e uma média de 3,5 (2-10) EUS por doente. Crescimento em 3/26 (12%) lesões ≤ 2cm e 4/16 (25%)>2cm, p=ns. A localização no antro foi o único factor significativo para o aumento de dimensões.

**Conclusões:** Mesmo pequenas lesões da muscular própria podem aumentar de dimensão, não devendo este aumento ser considerado índice de malignidade. Como todas as lesões que aumentaram de dimensão correspondiam a GISTs, a vigilância por EUS é recomendável. Dado o crescimento lento e o baixo potencial de malignidade das lesões operadas, propomos passar a vigilância de anual para bienal após o primeiro ano, mantendo-a a longo prazo.

51

### SCORE DE LEWIS E ACHADOS ENDOSCÓPICOS DA ENTE-ROSCOPIA POR CÁPSULA NA DOENÇA DE CROHN

#### Autores

Rosa B<sup>1</sup>, Moreira M J<sup>1</sup>, Rodrigues S<sup>2</sup>, Cardoso H<sup>2</sup>, Rebelo A<sup>1</sup>, Marques M<sup>2</sup>, Albuquerque A<sup>2</sup>, Lopes S<sup>2</sup>, Magro F<sup>2</sup>, Dias C<sup>3</sup>, Macedo G<sup>2</sup>, Cotter J.<sup>1</sup>

#### Instituição

<sup>1</sup>CHAA – Guimarães <sup>2</sup>Hospital de S. João (Serviço de Gastrenterologia) <sup>3</sup>Faculdade de Medicina do Porto (Departamento de Bioestatística e Informatica Médica)

**Resumo**

**Introdução:** Na enteroscopia por cápsula(EC), o Score de Lewis(SL) permite classificar a actividade inflamatória da Doença de Crohn(DC) no intestino delgado. **Objectivos:** Caracterizar a actividade inflamatória do intestino delgado numa população de doentes com DC submetidos a EC. **Métodos:** Estudo transversal multicêntrico. Análise das características demográficas, clínicas, analíticas e endoscópicas de uma população de doentes com DC submetidos a EC e sua correlação com os achados endoscópicos classificados pelo SL. **Resultados:** Incluídos 87 doentes (sexo feminino:62%), maioritariamente com diagnóstico de DC entre os 17 e os 40 anos de idade (A2,74%), com localização predominante íleo-cólica (L3,43%) e comportamento não estenosante/não penetrante (B1,69%). A apresentação clínica mais frequente foi dor abdominal (80%), diarreia (65%) e emagrecimento (55%). Nos primeiros seis meses após o diagnóstico, a terapêutica incluiu corticosteróides (61%), imunossupressão com azatioprina (16%) e terapêutica biológica (6%). A actividade inflamatória na EC foi considerada não significativa (SL<135) em 20% dos doentes, ligeira (135≤SL<790) em 47% e moderada/grave (SL≥790) em 34%. Foi identificada actividade inflamatória significativa (SL≥135) no primeiro tercil do intestino delgado em 28% dos doentes, no segundo tercil em 28% e no terceiro tercil em 75%. A existência de lesões esofágicas, gastroduodenais ou nos diferentes segmentos do cólon/recto, não se correlacionou com o grau de actividade inflamatória na EC(teste exacto de Pearson,p>0,05). Verificou-se, no entanto, uma correlação estatisticamente significativa dos SL mais elevados, tradutores de maior actividade inflamatória, com a presença de valores séricos baixos de hemoglobina (12,1 vs 13,15g/dL; p=0,001), ferro (20,0 vs 98,0μg/dl; p=0,002), proteínas totais (6,81 vs 7,34g/dl; p=0,019) e albumina (4,0 vs 4,28g/dl;p=0,023), e com valores mais elevados de PCR (22,7 vs 3,75mg/dl;p=0,01) e plaquetas (307.500 vs 223.500/mm<sup>3</sup>; p<0,0001) à data do diagnóstico. **Conclusões:** O SL apresenta uma correlação positiva com parâmetros laboratoriais tradutores de actividade inflamatória e permite caracterizar de uma forma objectiva o envolvimento do intestino delgado na DC.

**Instituição**

Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences (iMed.UL), Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Resumo**

Os ácidos biliares são moduladores por excelência de vias de morte celular e proliferação. Nesse âmbito, o ácido desoxicólico (DCA) está implicado em várias patologias do foro gastrointestinal, desde o cancro colorectal à colostase hepática. Demonstrámos recentemente que os microRNAs (miRNAs ou miRs), incluindo o miR-21, são modulados durante a regeneração hepática e por ácidos biliares. O objectivo deste trabalho foi clarificar os mecanismos pelos quais o DCA modula a proliferação e apoptose em hepatócitos, em particular a via do miR-21, que poderá estar na origem de várias patologias do fígado. Isolou-se RNA e proteínas a partir de hepatócitos primários de rato incubados com DCA durante 4 a 48 h. A expressão do miR-21 foi analisada por RT-PCR em Tempo Real. Os níveis da proteína pró-apoptótica programmed cell death 4 (PDCD4), alvo do miR-21, foram determinados por immunoblotting. O miR-21 foi sobre-expresso, por transfecção com uma molécula miR-21 precursora, e a proliferação e apoptose avaliadas pelos ensaios de MTS, LDH e Hoechst. Os resultados mostraram que o DCA diminuiu a expressão do miR-21 entre 10 a 50%, nomeadamente às 4 e 48 h após a sua incubação. Como consequência, a expressão da PDCD4 aumentou significativamente nos mesmos tempos. Por outro lado, a sobre-expressão do miR-21 inibiu o aumento da PDCD4, aumentando a viabilidade celular e a proliferação. De realçar que os aumentos da PDCD4 e apoptose, e a inibição da proliferação induzidos pelo DCA, foram significativamente atenuados após a sobre-expressão do miR-21. Assim, a repressão do miR-21 pelo DCA parece contribuir para o papel apoptótico deste ácido biliar através da PDCD4. Uma melhor compreensão dos mecanismos pelos quais os ácidos biliares modulam a proliferação e a apoptose, em particular aqueles envolvendo miRNAs, poderá ter implicações significativas no desenvolvimento de novas terapias.

(Financiado por PTDC/SAU-OSM/102099/2008 e bolsas SFRH/BD/60521/2009 e SFRH/BPD/65212/2009, FCT).

**53**

**A ESTEATOHEPATITE NÃO ALCÓOLICA ASSOCIA-SE A ALTERAÇÕES PRECOSES NA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, NA OBESIDADE MÓRBIDA**

**Autores**

Machado M.V., Gonçalves S., Costa A., Carepa F., Coutinho J., Cortez-Pinto H.

**Instituição**

Serviços de Gastrenterologia, Anatomia Patológica e Cirurgia do Hospital de Santa Maria, CHLN

**Comunicações Oraís (Fígado)**

4 Junho, 2011

9.00 – 10.30

Sala J. Gouveia Monteiro

**52**

**A VIA DE SINALIZAÇÃO MIR-21/PDCD4 NA APOPTOSE E NA PROLIFERAÇÃO DE HEPATÓCITOS PELO ÁCIDO DESOXICÓLICO**

**Autores**

Castro R.E., Afonso M.B., Ferreira, D.M.S., Borralho P.M., Rodrigues C.M.P.

**Resumo**

**Introdução e objectivos:** A obesidade é um factor de risco comum para fígado gordo não alcoólico (FGNA) e doença renal crónica (DRC), sugerindo vias de patogénese comuns. Pretendemos avaliar a presença de alterações precoces na função renal em obesos mórbidos com FGNA.

**Métodos:** Recrutamento prospectivo e consecutivo de obesos mórbidos submetidos a cirurgia bariátrica, com biopsia hepática, aplicando-se o NAFLD Activity Score (NAS). Resistência à insulina (RI) definida como HOMA $\geq$ 3. Taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) pelo CKD-EPI (Chronic Renal Disease Epidemiology Collaboration). Determinação das concentrações plasmáticas de adiponectina, grelina e leptina por ELISA.

**Resultados:** Incluídos 148 doentes, 125 mulheres, idade 42 $\pm$ 11 anos, índice massa corporal (IMC) 46 $\pm$ 7 kg/m<sup>2</sup>, hipertensão arterial (HTA) em 46%, RI em 59% e síndrome metabólico em 48%. Biopsias hepáticas categorizadas como grupo 1: EHNA/inflamação lobular significativa ( $\geq$ 2) e grupo 2: esteatose simples, respectivamente em 25% e 75% dos doentes. TGFe foi inferior no grupo 1 (97 $\pm$ 22 vs 106 $\pm$ 16 mL/min/1.73m<sup>2</sup>; p=0.035), no sexo feminino (p=0.032), em doentes com apneia do sono (p=0.003), elevação da AST (p=0.018) e GGT (p=0.027), com qualquer inflamação lobular (99 $\pm$ 20 vs 107 $\pm$ 15 mL/min/1.73m<sup>2</sup>; p=0.010) ou fibrose avançada (88 $\pm$ 24 vs 105 $\pm$ 17 mL/min/1.73m<sup>2</sup>; p=0.021), com correlação negativa com a idade (r=-0,656; p<0,001), colesterolémia (r=-0,250; p=0.002) e glicemia (r=-0,194; p=0,02). Em análise multivariada apenas o sexo feminino e idade mantiveram significado estatístico. O grupo 1, a inflamação lobular moderada e a fibrose avançada também se associaram a EPI<90 mL/min/1.73m<sup>2</sup> (OR 3, 3 e 2, p<0,05 respectivamente) e a EPI<60 mL/min/1.73m<sup>2</sup> (OR 10, 10 e 11, p<0,005 respectivamente). Sem associação entre TGFe ou histologia hepática e níveis de adiponectina, leptina ou grelina.

**Conclusões:** Em obesos mórbidos, a EHNA, e particularmente a inflamação lobular e a fibrose avançada, associa-se a alterações precoces na TFGe, sugerindo uma via inflamatória comum entre lesão hepática e renal.

54

#### PREVALÊNCIA DE ESTEATOSE HEPÁTICA EM DOENTES INFECTADOS PELO VHB: META-ANÁLISE DE FACTORES DE RISCO E COMPARAÇÃO COM INFECTADOS PELO VHC

**Autores**

Machado M.V., Oliveira A.G., Cortez-Pinto H.

**Instituição**

Departamento de Gastrenterologia, Hospital Santa Maria, CHLN; Unidade de Nutrição e Metabolismo, Faculdade de Medicina de Lisboa, IMM e Departamento de Bioestatística, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

**Resumo**

**Introdução e objectivos:** A infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) tem clara associação com esteatose hepática (EH), enquanto uma associação com vírus da hepatite B (VHB) permanece controversa. Pretendemos efectuar uma meta-análise da prevalência e factores de risco para EH em doentes infectados pelo VHB.

**Métodos:** Os estudos elegíveis foram identificados por pesquisa palavras-chave estruturadas (VHB e esteatose), na PubMed. Apenas foram incluídos os estudos em que a EH foi avaliada por histologia. Obtiveram-se odds-ratios (OR) e standardized mean differences (SMD) combinadas pelo modelo de efeito aleatório e método de DerSimonian-Laird.

**Resultados:** Foram seleccionados 17 de 21 estudos, com 4100 doentes infectados pelo VHB. A prevalência global de EH foi 29,6%. Oito estudos também incluíram 945 infectados pelo VHC, revelando menor risco de EH em infectados pelo VHB comparativamente a VHC (OR 0,55; 95%CI ?0,45-0,67?; p<0,001). Em infectados pelo VHB, a EH mostrou associação positiva com sexo masculino (OR 1,74; 95%CI ?1,28-2,38?; p<0,001), índice massa corporal (SMD 2,17; 95%CI ?1,23-3,11?; p<0,001), obesidade (OR 6,59; 95%CI ?3,51-12,257?; p=0,003), diabetes (OR 2,62; 95%CI ?1,37-4,00?; p=0,004), glicémia (SMD 0,84; 95%CI ?0,00-1,67?; p=0,049), trigliceridémia (SMD 1,18; 95%CI ?0,48-1,89?; p=0,001), colesterolémia (SMD 0,88; 95%CI ?0,31-1,45?; p=0,003), consumo moderado de álcool (OR 1,54; 95%CI ?1,10-2,15?; p=0,011) e negativa com carga viral (SMD -74,12; 95%CI ?-82,93- -65,31?; p<0,001). EH não se relacionou com provas hepáticas, excepto com ?-glutamiltansaminotransferase (SMD 0,62; 95%CI ?0,02-1,22?; p=0,043), nem com AgHBe, genótipo, actividade necroinflamatória ou fibrose.

**Conclusões:** Na infecção pelo VHB, a EH parece ter uma frequência similar à descrita na população em geral e inferior aos infectados pelo VHC. Em infectados pelo VHB, a EH parece associar-se a factores metabólicos (obesidade, diabetes, dislipidémia e álcool), mas não com a gravidade da histologia hepática. Uma forte associação negativa com a carga viral sugere potencial efeito preventivo para EH.

55

#### PODERÃO OS MÉTODOS NÃO INVASIVOS DE AVALIAÇÃO DA FIBROSE HEPÁTICA EXCLUIR FIBROSE AVANÇADA, COM SEGURANÇA, EM OBESOS MÓRBIDOS COM NAFLD?

**Autores**Fernandes A.<sup>1</sup>, Ferreira R.<sup>1</sup>, Carvalheiro J.<sup>1</sup>, Agundez M.<sup>2</sup>, Ferreira M.<sup>1</sup>, Coelho A.<sup>2</sup>, Figueiredo A.<sup>2</sup>, Gomes P.<sup>3</sup>, Campos MJ.<sup>1</sup>**Instituição**

<sup>1</sup>Serviços de Gastrenterologia, <sup>2</sup>Medicina Interna e <sup>3</sup>Cirurgia Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE



**Resumo**

**Introdução:** Nos doentes com fígado gordo não alcoólico (NAFLD), a presença de fibrose avançada (FAv) constitui um marcador de risco para o desenvolvimento de complicações. O recurso a métodos não invasivos poderá permitir identificar os doentes com maior risco, sem necessidade de recorrer sistematicamente à realização de biópsia hepática (BH).

**Objetivos:** Avaliar a acuidade de diferentes testes não invasivos na exclusão de FAv em doentes obesos mórbidos com NAFLD.

**Doentes e Métodos:** Incluídos, retrospectivamente, 81 doentes (49 do sexo feminino; Média etária-39,2±8,8 anos) com obesidade mórbida (IMC médio-54±9,7 Kg/m<sup>2</sup>), submetidos a "Duodenal Switch", com BH per-operatória e controlo analítico no momento da intervenção. Avaliados os seguintes testes não invasivos (respectivos limiares para FAv): Relação AST/ALT(≥0,8); Relação AST/Plaquetas(APRI)(>1); Índice de BARD(≥2); FIB-4(>1,30); Score de fibrose NAFLD(>-1,455). Efectuada a comparação dos resultados com o grau de fibrose estabelecido na amostra histológica, segundo os critérios da "NIH - NAFLD Clinical Research Network". Considerada FAv para valores F3 e F4. Efectuada análise estatística com SPSS v18.0.

**Resultados:** Todos os doentes apresentavam esteatose hepática (ligeira-22,2%; moderada-54,3%; severa-23,5%), com esteatohepatite em 25,9% e fibrose em 51,9% (F1-30,9%; F2-16%; F3-4,9%). Os testes supracitados (relação AST/ALT, APRI, BARD, FIB-4 e Score NAFLD) apresentaram valores preditivos negativos (VPN) superiores a 90% (95,7%, 94,9%, 100%, 96,2% e 100%) mas com valores preditivos positivos muito modestos (9,1%, 0%, 14,8%, 50% e 6,8%). Estes testes evitariam a realização de BH em 82,7%, 91,4%, 66,7%, 93,8% e 27,2% dos doentes, respectivamente.

**Conclusões:** A NAFLD foi um achado universal neste grupo de obesos mórbidos, com presença de fibrose em mais de metade dos doentes, sendo FAv em 5%. Os testes não invasivos excluem eficazmente a FAv mas apresentam elevado número de falsos positivos. A sua aplicação evitaria (com excepção do score NAFLD), eficazmente, a realização de BH em mais de 65% dos doentes.

56

**ACUIDADE DIAGNÓSTICA DE UM SCORE CLÍNICO DE ESTEATOHEPATITE NUMA POPULAÇÃO DE OBESOS MÓRBIDOS****Autores**

Fernandes A.<sup>1</sup>, Ferreira R.<sup>1</sup>, Carvalheiro J.<sup>1</sup>, Agundez M.<sup>2</sup>, Ferreira M.<sup>1</sup>, Coelho A.<sup>2</sup>, Figueiredo A.<sup>2</sup>, Gomes P.<sup>3</sup>, Campos MJ.<sup>1</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Serviços de Gastroenterologia, <sup>2</sup>Medicina Interna e <sup>3</sup>Cirurgia Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

**Resumo**

**Introdução:** A Esteatohepatite Não Alcoólica(NASH) constitui uma forma mais agressiva e progressiva do fígado gordo não

alcoólico(NAFLD), associada a pior prognóstico. A sua prevalência aumenta exponencialmente entre obesos mórbidos, mas o diagnóstico requer a realização de biópsia hepática(BH). Um teste não invasivo que permitisse a correcta identificação e monitorização destes doentes seria de grande utilidade.

**Objetivos:** Avaliar a acuidade diagnóstica do "NASH Clinical Scoring System for Morbid Obesity" na identificação de esteatohepatite, em obesos mórbidos.

**Doentes e Métodos:** Incluídos, retrospectivamente, 81 doentes (Sexo feminino-49; média etária-39,2±8,8 anos; 79 caucasóides; IMC médio-54±9,7 Kg/m<sup>2</sup>), submetidos a "Duodenal Switch", com BH per-operatória e controlo analítico no momento da intervenção. Efectuada classificação da esteatohepatite no fragmento histológico com recurso aos critérios do "NIH-NAFLD Clinical Research Network". Foi calculado o score com base na soma ponderada dos factores: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, síndrome da apneia obstrutiva do sono, ALT>27 UI/L, AST>27 UI/L-1 ponto cada; raça não negra-2 pontos. Um resultado ≥6 está relacionado com muito alta prevalência(≥80%) de NASH. Efectuada análise estatística com SPSS v18.0.

**Resultados:** Todos os doentes apresentavam esteatose hepática (ligeira-22,2%; moderada-54,3%; severa-23,5%), com esteatohepatite em 25,9%. O score NASH foi ≥6 em 85,7% dos doentes com esteatohepatite confirmada histologicamente, e em 18,3% dos doentes sem NASH. A concordância entre o resultado do teste e a presença de NASH na biópsia foi analisada através do Índice de Kappa (KI=0,6; IC 95% 0,388-0,812; p<0,0001). A Sensibilidade foi de 85,7%, a Especificidade de 81,7%, o Valor Preditivo Positivo de 62% e o Valor Preditivo Negativo de 94,2%, registando-se uma área sob a curva (AUROC) de 0,879.

**Conclusões:** A NAFLD, particularmente a NASH, é uma comorbilidade comum nos doentes com obesidade mórbida. O score clínico avaliado parece ter aplicabilidade prática neste grupo de doentes, apresentando uma boa acuidade diagnóstica para NASH.

57

**PORTADORES INACTIVOS DO VÍRUS DA HEPATITE B: QUE ESTRATÉGIA DE FOLLOW-UP?****Autores**

Magalhães MJ, Pedroto I, Magalhães R, Ferreira JM, Pinho L\*, Matos E\*\*, Areias J

**Instituição**

S. Gastroenterologia CHP-H.Santo António

\* S. Hematologia Clínica CHP-H.Santo António

\*\* Departamento de Saúde Pública ICBAS

**Resumo**

**Introdução:** A história natural dos portadores inactivos do vírus da hepatite B (VHB) é ainda pouco clara persistindo dúvidas acerca da universalidade dos conceitos actuais e do modo

de vigilância. **Objectivo:** Analisar a monitorização virológica e bioquímica num coorte de portadores inactivos do VHB. **Métodos:** Estudo prospectivo com doseamentos seriados anuais do ADN VHB e da ALT num coorte de 100 portadores inactivos do VHB (categorizados após determinações seriadas trimestrais da ALT sérica e do ADN VHB durante 1 ano). O ADN do HBV foi quantificado através do Cobas TaqMan<sup>®</sup>. Utilizou-se o coeficiente de correlação estatística não paramétrico de Spearman para avaliar a existência de correlação entre os valores séricos da ALT e do ADN VHB. **Resultados:** Dos 100 doentes incluídos, 53% são do sexo feminino; a idade média é de 48,7±13,8 (16-77) anos. A transmissão vertical foi identificada em 18%. A duração média do follow-up é de 4,6±2,5 (2-13) anos. Dois pacientes apresentaram elevação transitória da ALT (álcool e fármacos). Observou-se clearance do AgHBs em 4 doentes (4%) e reactivação biológica e virológica em 10% (a partir do 4<sup>o</sup> ano de follow-up). Os 12 doentes biopsados apresentavam lesões mínimas. Os genótipos A e D predominaram. A carga viral e os níveis séricos da ALT mantiveram-se estáveis na maioria dos doentes (90 %). Não foi observada correlação significativa (p>0,05) entre os valores da ALT e do ADN do VHB, ao longo do follow-up. **Conclusões:** A estabilidade dos níveis do ADN do VHB e da ALT na maioria dos doentes e a ausência de correlação entre os valores da ALT e do ADN do VHB ressaltam a eficácia desta estratégia de follow-up e sugerem que o prognóstico dos portadores inactivos, quando definidos com rigor, é sobretudo benigno.

estenose aos 20 e 25 cms da arcada dentária, deformação antropilórica com estenose pilórica não franqueável. O doente iniciou múltiplas sessões de dilatação e injeção de dipropionato de betametasona com resolução da estenose pilórica mas estenose esofágica refractária aos 25 cms, com necessidade de dilatação mensal. Em Outubro de 2010 foi colocada prótese endoscópica Polyflex<sup>®</sup> (9mm), removida 3 meses depois. Na reavaliação observou-se estenose aos 20 e 30 cms da arcada dentária.

Foram realizadas sessões adicionais de dilatação e terapêutica com dipropionato de betametasona, com resolução da estenose mais distal, mas sem eficácia na estenose proximal de aspecto fibrótico, que foi submetida a terapêutica incisional com needle-knife. Apresenta-se vídeo do procedimento onde foram realizados cortes paralelos ao eixo esofágico, com alargamento do diâmetro da estenose. Não se registaram complicações durante ou após o procedimento. O doente mantém-se sem disfagia e as reavaliações endoscópicas (1,2,6 e 8 meses depois) revelam retracção fibrótica aos 20 cms, franqueável. Sem necessidade de dilatações posteriores ao procedimento.

As estenoses esofágicas benignas são com frequência refractárias. As técnicas de dilatação existentes são sobreponíveis em termos de eficácia. A terapêutica incisional com needle-knife encontra-se descrita na literatura para estenoses esofágicas benignas de várias etiológicas e trata-se de um procedimento fácil e rápido com bons resultados e complicações mínimas.

59

## FÍSTULA ESOFÁGICA APÓS "SLEEVE GASTRECTOMY" - RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA

### Autores

Rebello A, Moutinho-Ribeiro P, Cotter J

### Instituição

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

### Resumo

Doente do sexo feminino, 25 anos de idade, com obesidade mórbida (IMC- 43Kg/m<sup>2</sup>), submetida a gastrectomia tubular laparoscópica (sleeve gastrectomy). No pós-operatório apresentou dificuldade respiratória em agravamento por hidropneumotórax esquerdo, secundário a fístula esofágica. A endoscopia digestiva alta confirmou a presença de orifício fistuloso, com 6-8mm de diâmetro. Sob controlo radiológico, procedeu-se à colocação de 2 clips metálicos (Olympus<sup>®</sup>) e de prótese metálica auto-expansível, parcialmente recoberta, com 12cm de comprimento (9 dos quais recobertos) e com 23mm de calibre (BostonScientific<sup>®</sup>). A prótese foi removida quatro semanas após, pelo método de stripping, após preensão do seu topo distal com pinça de corpos estranhos. A mucosa esofágica apresentava áreas desnudadas e o local do orifício fistuloso apresentava-se totalmente encerrado e reepitelizado. Foi efectuada avaliação endoscópica posterior, às 4 semanas, que confirmou a resolução completa da fístula.

### Instantâneos Endoscópicos

3 Junho, 2011

11.00 – 12.30

Sala António Catita

58

## TERAPÊUTICA INCISIONAL COM NEEDLE-KNIFE EM ESTENOSE ESOFÁGICA CÁUSTICA REFRACTÁRIA

### Autores

Canhoto M., Arroja B., Silva F., Gonçalves C., Cotrim I., Vasconcelos H.

### Instituição

Serviço de Gastrenterologia Hospital de Santo André, E.P.E - Leiria

### Resumo

Os autores apresentam homem de 44 anos que 2007 ingeriu acidentalmente soda cáustica. Na avaliação endoscópica inicial apresentava esofagite grau III com ulcerações em todo o esófago e estômago. Foi internado para terapêutica e vigilância sem intercorrências. A 1<sup>ª</sup> reavaliação endoscópica, 15 dias depois, revelou friabilidade e aspectos regenerativos da mucosa esofágica com



60

**METÁSTASE JEJUNAL DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIAS 8 ANOS APÓS NEFRECTOMIA: CASO CLÍNICO****Autores**

Vilas-Boas F., Bastos P., Cardoso H., Pereira P., Macedo G.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São João, Porto

**Resumo**

**Introdução:** O carcinoma de células renais (CCR) representa 2-3% de todas as neoplasias do adulto, sendo o carcinoma de células claras o tipo histológico mais frequente.

Num terço dos casos há metastização da doença, sendo o pulmão, fígado, supra-renal e osso os locais mais frequentemente envolvidos.

**Caso clínico:** Homem de 61 anos com antecedentes de nefrectomia direita em Abril de 2002 após diagnóstico de neoplasia renal.

Foi admitido no Serviço de Gastrenterologia com história de melenas com 7 meses de evolução.

O estudo endoscópico prévio com esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia total e tomografia computadorizada abdominal não revelou alterações.

Na sequência do estudo de hemorragia digestiva de origem obscura foi realizada cápsula endoscópica (PillCam SB®) que revelou tumor friável na transição jejuno-ileal.

Foi programada enteroscopia de balão único que confirmou presença de massa ulcerada e sangrante do intestino delgado não tendo sido tecnicamente possível realização de biópsia.

O doente foi submetido a enterectomia segmentar laparoscópica de neoplasia do jejuno distal. O exame histológico e imunofenotípico revelou tratar-se de metástase de carcinoma renal de células claras.

À data o doente está assintomático, tendo sido orientado para consulta de grupo oncológico de Urologia.

Os autores apresentam iconografia correspondente ao estudo endoscópico e diagnóstico histológico.

**Conclusão:** A cápsula endoscópica e a enteroscopia revelaram-se, neste caso, ferramentas essenciais na investigação de hemorragia digestiva de origem obscura.

61

**EMPACTAMENTO DE MÚLTIPLOS CORPOS ESTRANHOS EM DIVERTÍCULO DO CÓLON: UM CASO DE SUCESSO POR TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA****Autores**

Pimentel R., Castro-Poças F., Caetano C., Moreira T., Salgueiro P., Areias J.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António, Porto

**Resumo**

**Introdução:** A diverticulose do cólon é muito prevalente nos países ocidentais, sobretudo na população idosa. Verifica-se um predomínio dos divertículos no cólon esquerdo. Em cerca de 70% dos casos mantem-se assintomática. As complicações mais frequentes são a diverticulite e a hemorragia diverticular. Estão descritos casos de empactamento de corpo estranho em divertículo cólico, a maioria associados a perfuração.

**Caso:** Sexo masculino, 65 anos, com síndrome plurimetabólico, diverticulose do cólon e pólipos do cólon. Submetido a gastrectomia subtotal há 6 anos por adenocarcinoma gástrico. Durante colonoscopia de rotina para polipectomias, observado no sigmoide distal um divertículo de grandes dimensões, com vários corpos estranhos no seu interior, com mucosa erosionada e friável. Removido um dos corpos estranhos (osso). O doente negava antecedentes de doença diverticular complicada, não apresentando dor abdominal ou febre nos dias prévios. Foi referenciado ao Serviço de Urgência, encontrando-se apirético, com abdómen indolor á palpação. Sem elevação dos marcadores analíticos de inflamação. Na TAC visualizou-se exuberante divertículo no sigmoide, 47mm de maior diâmetro, com parede espessada e material denso no seu interior, sem evidência de perfuração ou coleção abcedada. Repetiu colonoscopia para extracção de restantes corpos estranhos: dois ossos, um palito, fragmentos de bivalve e vários fragmentos vegetais. A mucosa diverticular apresentava marcada congestão e friabilidade, com abundante exsudado. Após o procedimento iniciou antibioterapia, mantendo-se assintomático, apirético e sem elevação de parâmetros analíticos inflamatórios, tendo alta ao 3º dia de internamento.

**Conclusão:** O empactamento de corpo estranho em divertículo do cólon é uma complicação conhecida, que pode culminar em perfuração. A originalidade deste caso está no facto de ter ocorrido um empactamento por múltiplos corpos estranhos, sem complicações ou sintomatologia associada, resolvido com sucesso endoscopicamente. Apresentamos iconografia.

62

**AMILOIDOSE SISTÉMICA SECUNDÁRIA COM ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL****Autores**

Eliseu L., Almeida N., Pina Cabral J.E., Correia T., Gregório C., Marinho C., Gouveia H., Sofia C.

**Instituição**

Serviços de Gastrenterologia e de Anatomia Patológica Hospitais da Universidade de Coimbra

**Resumo**

**Introdução:** O envolvimento do tubo digestivo na amiloidose sistémica é frequente, mas geralmente subclínico. Quando presentes, as manifestações clínicas e os achados endoscópicos são variados e inespecíficos, sendo o diagnóstico estabelecido

pelo exame histológico.

**Caso Clínico:** Doente do sexo masculino, de 64 anos de idade, internado por quadro de vômitos alimentares e dores epigástrica e retro-esternal persistentes, previamente atribuídos a hérnia do hiato volumosa e motivando mesmo referência para cirurgia. Tinha antecedentes de diabetes tipo 2, insuficiência renal crônica e miocardiopatia. Ao exame objectivo, destacava-se a existência de macroglossia. Realizada endoscopia digestiva alta, que revelou hérnia do hiato de deslizamento com 12 cm de extensão, condicionando estase alimentar; a mucosa herniada apresentava-se nodular, congestiva e difusamente ulcerada; a mucosa duodenal era também nodular e com aspecto pseudopolipóide. As biopsias gástricas e duodenais mostraram deposição de substância amilóide na lâmina própria, com características compatíveis com amiloidose secundária. Efectuada ainda colonoscopia com biopsias rectais, com resultado histopatológico sobreponível. Foi levado a cabo estudo exaustivo para identificação da etiologia primária da amiloidose, que se revelou inconclusivo. Ocorreu agravamento clínico progressivo, tendo o doente vindo a falecer no decurso do internamento.

**Conclusão:** Este caso, documentado iconograficamente, demonstra as dificuldades no diagnóstico da amiloidose sistémica secundária e na identificação de uma causa subjacente. Ilustra igualmente os aspectos endoscópicos peculiares que esta patologia pode assumir, quando afecta o tubo digestivo.

### 63

#### POLIPOSE GÁSTRICA EXUBERANTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E IMPLICAÇÕES

##### Autores

Fidalgo C<sup>1</sup>, Claro I<sup>1</sup>, Lage P<sup>1</sup>, Fonseca R<sup>2</sup>, Chaves P<sup>2</sup>, Dias Pereira A. <sup>1</sup>

##### Instituição

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia, IPOLFG, EPE. <sup>2</sup>Serviço de Anatomia-Patológica, IPOLFG, EPE.

##### Resumo

Mulher de 38 anos, recorre a consulta de Gastrenterologia por quadro sugestivo de refluxo gastro-esofágico, controlado com o uso de um inibidor da bomba de prótons (lansoprazol 30mg/dia), há mais de 10 anos. Trata-se de uma doente com história prévia de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e obesidade, medicada habitualmente também com losartan e atorvastatina. Foi submetida a endoscopia digestiva alta que revelou múltiplos pólipos (entre 40 e 50), sésseis e pediculados, localizados no fundo, corpo e antro proximal, com dimensões variando entre os 6 a 18mm, sem lesões duodenais. O exame histológico revelou aspectos morfológicos compatíveis com o diagnóstico de pólipos de glândulas fúndicas.

Perante a necessidade de exclusão de uma síndrome polipó-

sica associada, procedeu-se a uma cuidadosa colheita de história familiar que não revelou aspectos relevantes. Houve ainda acesso a relatório de colonoscopia total, realizada 1 ano antes, que não apresentava alterações.

A doente mantém vigilância endoscópica anual (3 anos de follow-up) revelando aspectos sobreponíveis à avaliação endoscópica inicial. O caso é ilustrado com iconografia endoscópica (imagens e vídeo) e de microscopia óptica.

Procede-se a uma breve contextualização teórica, abordando a natureza esporádica ou sindrómica dos pólipos de glândulas fúndicas bem como a sua relação com o uso de inibidores da bomba de prótons e a infecção por *Helicobacter pylori*.

### 64

#### ESTENOSE ESOFÁGICA REFRACTÁRIA: DOENÇA DE REFLUXO, ESOFAGITE MEDICAMENTOSA OU NEOPLASIA?

##### Autores

Carvalho R., Areia M., Saraiva S., Brito D., Alves S., Cadime AT.

##### Instituição

Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra

##### Resumo

**Introdução:** A estenose esofágica pode ter etiologia benigna ou maligna, manifestando-se por disfagia. O tratamento é dirigido à etiologia, e quando necessário, complementado por técnicas endoscópicas.

**Caso Clínico:** Doente de 87 anos, sexo masculino, com queixas de disfagia com um mês de evolução. Sem alterações ao exame objectivo. Antecedentes de doença coronária, hipertensão arterial e doença de refluxo gastro-esofágico, medicado cronicamente com aspirina, diltiazem, furosemida, omeprazol e atorvastatina.

A endoscopia digestiva alta revelou aos 23cm dos incisivos estenose esofágica punctiforme infranqueável em mucosa friável e irregular, sem vegetações. As biopsias revelaram lesão ulcerada sem células neoplásicas. A tomografia axial computadorizada (TAC) cervico-toraco-abdominal mostrou espessamento parietal de todo o esófago mais marcado no terço proximal e adenopatias mediastínicas.

Foi realizada com sucesso dilatação com balão, revelando ulceração na zona da estenose e restante órgão com congestão e friabilidade difusas sugestivas de esofagite péptica, e hérnia do hiato por deslizamento com 5cm. Foi suspensa a aspirina, efectuado ensino dietético e medicado com Esomeprazol 40mg 2id.

Apesar destas medidas não houve melhoria da disfagia mesmo após 14 dilatações sucessivas com balão (durante 6 meses), mantendo a estenose aspecto endoscópico semelhante apesar de resolução da esofagite. As biopsias repetidas mantinham ausência de malignidade e a TAC torácica aspectos semelhantes à anterior.

Foi decidido iniciar injeção endoscópica de betametasona associada a cada dilatação (7 mg divididos em 4 picadas, uma por quadrante). Em 6 sessões ocorreu resolução endoscópica e clínica da estenose.

Reavaliado endoscopicamente aos 1, 3 e 5 meses não apresentou necessidade de tratamentos endoscópicos adicionais. O doente mantém-se medicado com Esomeprazol 40mg 2id encontrando-se assintomático.

**Conclusão:** Este caso documentado em vídeo e fotografia demonstra a dificuldade diagnóstica inicial que pode surgir neste tipo de situações, bem como a capacidade da Betametasona tópica como adjuvante às dilatações endoscópicas com balão em estenoses benignas refractárias.

65

### **PANCREATITE CRÓNICA CALCIFICANTE: O PAPEL DA LITOTRÍCIA EXTRACORPORAL COMO COMPLEMENTO DA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA**

#### **Autores**

Ferreira F., Vilas-Boas F., Pereira P., Bastos P., Ribeiro A., Macedo G.

#### **Instituição**

Hospital de São João

#### **Resumo**

**Introdução:** A litíase obstrutiva do ducto pancreático é, nos doentes com pancreatite crónica calcificante, responsável por ataques recorrentes de pancreatite aguda e dor abdominal crónica. O objectivo da terapêutica endoscópica é a extracção dos cálculos do ducto pancreático que se revela muitas vezes impossível dado o seu tamanho e presença concomitante de estenoses. A litotricia extracorporal por ondas de choque (ESWL) veio melhorar os resultados da drenagem endoscópica e ampliar as suas indicações em doentes com pancreatite crónica calcificante. Caso clínico: Descrevemos o caso de um doente de 74 anos com história de pancreatite crónica calcificante de etiologia alcoólica e evolução para dor abdominal crónica.

A ecoendoscopia revelou dilatação com presença de múltiplos cálculos do canal de Wirsung e estenose proximal concomitante. Foi tentada, sem sucesso, a extração endoscópica dos cálculos. Após esfínterectomia, optou-se pela colocação endoscópica de cateter naso-pancreático e programação de ESWL. O doente foi submetido, com boa tolerância, a 3 sessões de ESWL com um total de 11000 choques com intensidade máxima de 5 joules, e frequência até 1,5 Hz, de que resultou fragmentação parcial dos cálculos. Durante as sessões de litotricia foi feita injeção periódica de solução salina pelo cateter naso-pancreático, seguida de perfusão contínua até realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

Por fim foi repetida CPRE com dilatação da estenose pancreática com balão hidrostático de 10 mm e remoção dos cálculos com

cesta de Dormia. Os autores apresentam o vídeo com iconografia ilustrativa do caso clínico.

**Conclusão:** A litotricia extracorporal por ondas de choque revela-se uma modalidade segura para tratamento complementar da litíase pancreática com cálculos endoscopicamente não extraíveis. Em combinação com o tratamento endoscópico a ESWL pode aumentar a taxa de sucesso do tratamento não cirúrgico da pancreatolítase.

66

### **COMPLEMENTARIDADE DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA E DA CIRURGIA NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE PSEUDOQUISTO PANCREÁTICO INFECTADO**

#### **Autores**

Cardoso R.<sup>1</sup>, Almeida N.<sup>1</sup>, Arroja B.<sup>1</sup>, Diogo D.<sup>2</sup>, Rosa A.<sup>1</sup>, Velez A.<sup>2</sup>, Gouveia H.<sup>1</sup>, Oliveira FJ.<sup>2</sup>, Sofia C.<sup>1</sup>

#### **Instituição**

<sup>1</sup>Serviços de Gastrenterologia e Cirurgia <sup>1</sup> e <sup>2</sup>Transplantação Hepática dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.

#### **Resumo**

##### **Introdução:**

A infecção representa uma complicação temida dos pseudoquistos pancreáticos (PP), obrigando a drenagem que pode ser cirúrgica, endoscópica ou imagiológica. A necessidade de abordagem endoscópica pós-cistogastrostomia é, contudo, uma intervenção pouco comum.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente de 50 anos que desenvolveu um PP na sequência de um acidente de viação, em Abril de 2010. Por aumento progressivo de dimensões, com sintomatologia relevante, houve necessidade de proceder a drenagem cirúrgica por cistogastrostomia em Novembro.

Em Janeiro de 2011 o doente foi admitido no Serviço de Urgência por quadro compatível com choque séptico. Após estabilização foi realizada TC abdominal que revelou uma colecção heterogénea com 6 cm na topografia anteriormente correspondente ao pseudoquisto. Foi então solicitada a colaboração da Gastrenterologia, na perspectiva de avaliar a permeabilidade do orifício da cistogastrostomia. Com alguma dificuldade foi possível identificá-lo e aceder à cavidade do anterior pseudoquisto. Constatou-se a presença de conteúdo de odor fétido e grande quantidade de coágulos. Após lavagem vigorosa com soro fisiológico e, sob visão directa, com endoscópio terapêutico, colocou-se um fio-guia que serviu de suporte à inserção de uma prótese plástica "duplo pig-tail". Posteriormente introduziu-se um dreno naso-quistico de 10 Fr para lavagem contínua da colecção.

Desta abordagem resultou uma evolução clínica e analítica favorável, tendo-se documentado imagiológicamente a redução significativa do volume da cavidade. Removeu-se então o dreno mas optou-se pela manutenção da prótese devido à per-

sistência de drenagem através da mesma, ainda que escassa. Neste momento o doente encontra-se clinicamente bem, com parâmetros inflamatórios normalizados e aguarda novo controlo imagiológico para se programar a remoção da prótese.

**Conclusão:** Este caso, documentado iconograficamente, ilustra o papel que a endoscopia digestiva pode assumir na abordagem diagnóstica e terapêutica de complicações ocorridas após drenagem cirúrgica de coleções peripancreáticas, reforçando a necessária complementaridade de técnicas neste domínio.

67

### IPMN- PANCREATOSCOPIA

#### Autores

Rego A.C., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

#### Instituição

Hospital do Divino Espírito Santo EPE de Ponta Delgada

#### Resumo

Doente do sexo masculino, de 79 anos de idade, com antecedentes pessoais de colecistectomia. Quadro clínico com quinze dias de evolução caracterizado por dor epigástrica e perda ponderal. Analiticamente salientava-se leucocitose com neutrofilia e discreta colestase. A TC abdominal mostrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas esquerdas e imagem hídrica pancreática de etiologia não esclarecida (pseudoquistos pancreático/abcesso?).

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) revelou papila bojuda com abundante drenagem espontânea de muco (fish-eye); via biliar intra-hepática esquerda dilatada, com múltiplas estenoses e dilatações segmentares; via biliar extra-hepática dilatada sem estenose terminal; Wirsung dilatado (cerca de 10mm) e lesão quística com aparente comunicação com o Wirsung. Realizou-se pancreatoscopia que mostrou dilatação da porção cefálica do Wirsung, com abundante quantidade de muco, sem irregularidades ou nodularidades da mucosa na extensão observada. Efectuaram-se biópsias e colheita de muco. Estabeleceu-se o diagnóstico de neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN). Apresenta-se vídeo.

68

### ESTENOSE DA VIA BILIAR PRINCIPAL- NOVOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO: COLANGIOSCOPIA

#### Autores

Rego A.C., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

#### Instituição

Hospital do Divino Espírito Santo EPE de Ponta Delgada

#### Resumo

Doente do sexo feminino, de 55 anos de idade, referenciada à Consulta de Gastrenterologia por dor nos quadrantes superiores do ab-

dómen e colestase (FA 290U/L, gama-GT 180U/L; Bil T 1,9mg/dl). Negava anorexia, perda ponderal, náuseas, vômitos, icterícia, febre ou calafrios. Efectuou ecografia abdominal que mostrou dilatação da via biliar principal (VBP) de 12mm, sem outras alterações. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) revelou estenose distal da VBP, tendo sido colocada prótese biliar plástica. As biópsias efectuadas foram negativas para neoplasia. Passado um mês, removeu-se a prótese e realizou-se colangioscopia directa para melhor caracterização da estenose. A colangioscopia mostrou estenose curta e regular da porção distal da VBP. As biópsias efectuadas por colangioscopia foram negativas para neoplasia. Apesar dos avanços recentes nas técnicas de imagem, o diagnóstico diferencial das estenoses biliares permanece um desafio. A sensibilidade da citologia com escova associada a biópsias por CPRE não ultrapassa os 60%. Torna-se premente o acesso directo à VBP para melhor caracterização das estenoses, realizando biópsias dirigidas e obtendo colheita de maior quantidade de material para diagnóstico histológico. Apresenta-se vídeo.

69

### RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE ADENOMA DA AMPOLA DE VATER

#### Autores

Rebello A, Moutinho-Ribeiro P, Cotter J

#### Instituição

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

#### Resumo

Doente de 71 anos, a quem numa endoscopia digestiva alta efectuada por dispepsia foi detectada uma tumefacção vilosa da ampola de Vater. As biópsias revelaram tratar-se de adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau. Realizado estadiamento ecoendoscópico que conclui que se tratava de um ampuloma uT1mN0, sem extensão intraductal. Foi efectuada ressecção endoscópica da lesão (ampulectomia) em um só fragmento, com esfinterotomia biliar e colocação de prótese pancreática profiláctica. Não ocorreram complicações. O exame anatomo-patológico mostrou lesão polipóide adenomatosa de arquitectura tubular com displasia de baixo grau, sem sinais de malignidade. Na avaliação endoscópica realizada após 1 e 24 semanas, constatou-se ausência de tecido lesional residual.

70

### NOVA MODALIDADE DE TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSES ESOFÁGICAS RECORRENTES BENIGNAS - PRÓTESES ENDOSCÓPICAS BIODEGRADÁVEIS

#### Autores

Veloso R., Proença L., Pinho R., Pais T., Fernandes C., Carvalho J., Fraga J.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

**Resumo**

**Introdução:** As estenoses benignas de anastomoses esófago-gástricas são frequentes (atingindo incidências de 26 – 46%) e as terapêuticas endoscópicas actualmente disponíveis fornecem resultados díspares e muitas vezes insatisfatórios. Recentemente foi desenvolvido uma prótese biodegradável (“Ella stent -ELLA-CS”) que é capaz de proporcionar um efeito de dilatação prolongado, sendo progressivamente degradado e absorvido pela mucosa, obviando a necessidade de dilatações ou colocação de próteses de forma periódica. **Objectivos:** Os autores propõem-se apresentar a colocação desta inovadora prótese num caso de estenose de anastomose Eso-jejunal. **Descrição:** Homem de 47 anos de idade, sem antecedentes conhecidos de relevo, recorre ao Serviço de Urgência em Abril de 2010 por epigastralgias e perda ponderal não quantificada. Efectua endoscopia digestiva alta (EDA) que diagnostica neoplasia ulcerada do cárdia. Efectua gastrectomia total em Maio de 2010. Apresenta de imediato disfagia progressiva (grau 3/4 em Junho de 2010), pelo que efectua EDA que confirma estenose da anastomose Eso-jejunal. Efectua duas sessões de dilatação com Velas de Savary (VS), mantendo disfagia (grau 2-3/4) observando-se recorrência endoscópica da estenose. Coloca em Julho do mesmo ano prótese metálica coberta, com migração distal da mesma. Efectua então mais duas dilatações com VS (calibre máximo de 12,8 mm) e duas dilatações com balões hidrostáticos TTS (até 12mm), sem sucesso clínico ou endoscópico. Opta-se então pela colocação de prótese biodegradável (SX-ELLA Stent Degradable BD) com 31/25/31x60 mm em Dezembro de 2010. Desde então: melhoria da disfagia (grau 1), sem necessidade de novos procedimentos endoscópicos. Efectua EDA de controlo em Fevereiro de 2011 que demonstrou patência da prótese, sem estase alimentar a montante e com progressão fácil do endoscópio pela mesma. **Conclusões:** A colocação desta inovadora prótese esofágica permitiu ao doente uma melhoria significativa e duradoura da disfagia, evitando procedimentos endoscópicos repetidos.

71

**ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA GASTRO-CUTÂNEA****Autores**

Inês Marques, Ana Catarina Lagos, António Pinto, Beatriz Neves

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia II Hospital Pulido Valente Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Resumo**

**Introdução:** A Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) é uma alternativa eficaz às formas convencionais de alimentação

entérica prolongada. As complicações da PEG são pouco frequentes e incluem a infecção local, a peritonite, a deslocação da sonda para a parede abdominal e hemorragia da mucosa gástrica. A formação de fístula gastro-cutânea é rara, sendo na maioria dos casos descritos tratada cirurgicamente.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um doente de 56 anos, com carcinoma pavimento-celular da laringe submetido a colocação de PEG para realização de radioterapia. Ao fim de 7 meses e após o término das sessões de radioterapia, retirou PEG, não se tendo verificado complicações, nomeadamente infecção. Ao fim de 5 meses, a gastrostomia permanecia permeável, com saída de conteúdo alimentar, compatível com a existência de uma fístula gastro-cutânea. Endoscopicamente, visualizava-se orifício de PEG na face anterior do corpo, não encerrado e coberto por mucosa epitelizada. Procedeu-se a encerramento do orifício por via endoscópica através da colocação de clips (Boston Scientific®). Assistiu-se a diminuição significativa de drenagem pelo orifício externo imediatamente após o procedimento e resolução ao fim de 6 meses de follow up.

**Conclusão:** O encerramento endoscópico de fistulas gastro-cutâneas foi descrito em menos de uma dezena de casos. As técnicas utilizadas incluem a colocação de clips, a utilização de argon plasma com posterior colocação de clips e a injeção de polidocanol, todas elas com eficácia demonstrada. No caso apresentado, a colocação endoscópica de clips foi suficiente no encerramento da fístula gastro-cutânea. Para além de eficaz, a abordagem endoscópica é segura e poderá obviar a necessidade de cirurgia.

72

**DIVERTÍCULO DO CÓLON ACTIVAMENTE SANGRANTE: UM EVENTO RARO****Autores**

Arroja B., Amaro P., Ferreira M., Romãozinho J.M., Gouveia H., Sofia C.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Resumo**

**Introdução:** A diverticulose cólica é a principal causa de hemorragia digestiva baixa aguda no adulto (24-47% dos casos). Em muitas ocasiões cursa com instabilidade hemodinâmica e necessidade de suporte transfusional. Habitualmente é um diagnóstico de exclusão, uma vez que a constatação de um divertículo activamente sangrante constitui uma raridade.

**Caso clínico:** Um homem de 72 anos de idade com antecedentes de hemorragia digestiva baixa (há 6 anos) por diverticulose cólica, foi admitido numa unidade hospitalar por hematoquézias com sensação de lipotímia associada. Analiticamente, verificou-se descida do valor hemoglobina de 12,8 para 8,9 g/dL. Realizou inicialmente colonoscopia total que identificou apenas diverticulose cólica e um pólipó do cólon ascendente que foi excisado, na ausência de sinais de hemorragia recente. Posteriormente,

verificou-se recidiva hemorrágica que justificou nova exploração endoscópica baixa, tendo sido observado um coágulo no interior de um divertículo da sigmóide. Após aspiração do coágulo desencadeou-se hemorragia em babamento, cujo controlo foi conseguido com aplicação de hemoclips e uso de "cap" na extremidade do endoscópio para melhor fixação do ponto sangrante. O doente permaneceu internado nas 48 horas subsequentes, sem recidiva hemorrágica.

**Conclusões:** a detecção de um divertículo sangrante é pouco frequente. No entanto, é uma das patologias nas quais as técnicas hemostáticas endoscópicas poderão ser eficazes, nomeadamente o recurso aos hemoclips. Nestas circunstâncias, há que assegurar uma limpeza intestinal otimizada e proceder a um escrutínio lento e detalhado da lesão sangrante com especial ênfase em estigmas de hemorragia recente, nomeadamente coágulos ou sangue vivo.

73

### HEMORRAGIA DIVERTICULAR AGUDA E HEMOSTASE COM ENDOCLIPS

#### Autores

Canhoto M., Arroja B., Silva F., Gonçalves C., Cotrim I., Vasconcelos H.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia Hospital de Santo André, E.P.E - Leiria

#### Resumo

A hemorragia por divertículos é a causa mais comum de hemorragia digestiva baixa nos países ocidentais. A maioria cessa de forma espontânea, mas cerca de 20% requerem intervenção hemostática, o que pode constituir um desafio diagnóstico e terapêutico no contexto de urgência.

A colonoscopia permite o diagnóstico e tratamento, no entanto permanece controverso o timing e a necessidade de preparação intestinal bem como a intervenção terapêutica com maior impacto clínico em termos de eficácia hemostática e prevenção da recidiva hemorrágica.

Apesar da frequência do quadro na prática, e mesmo em contexto de urgência, é difícil a identificação da sede de hemorragia diverticular. Com frequência o doente é submetido a preparação para limpeza intestinal e o exame endoscópico diferido, o que em conjunto com a taxa de resolução espontânea, contribuem para que a observação de hemorragia diverticular aguda seja quase uma raridade.

Os autores apresentam um doente de 81 anos do sexo masculino, admitido através do serviço de urgência por quadro de hematoquézia, sem repercussão hemodinâmica. Realizou em contexto de urgência colonoscopia que revelou divertículo com hemorragia activa em babamento aos 40 cms, debelada com injeção de adrenalina diluída. Por recidiva hemorrágica, repetiu cerca de 24 horas depois, exame endoscópico que observou divertículo com coágulo aderente que se destacou com franca he-

morragia activa. Foi realizada terapêutica endoscópica com aplicação de endoclips com hemostase eficaz.

Apresenta-se vídeo do procedimento com destaque para hemorragia diverticular activa e intervenção hemostática com aplicação de endoclips.

De acordo com a literatura, a utilização de endoclips para hemostase na hemorragia diverticular aguda é eficaz e segura, com elevadas taxas de sucesso imediato e a longo prazo.

# Posters

**Posters - N<sup>os</sup> 74 a 154**



POSTERS  
TUBO DIGESTIVO

74

**CARACTERIZAÇÃO MORFOLÓGICA DA MUCOSA ESOFÁGICA EM CRIANÇAS COM ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: QUE CONTRIBUIÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM A ESOFAGITE DE REFLUXO?****Autores**Ana Palha<sup>1</sup>, Mário Matos<sup>2</sup>, Ana Isabel Lopes<sup>3</sup>**Instituição**

<sup>1</sup>Serviço de Anatomia Patológica, HSM- CHLN/ FML <sup>2</sup>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa <sup>3</sup>Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Departamento da Criança e da Família, HSM-CHLN / FML

**Resumo**

**Introdução:** A esofagite eosinofílica (EE) é uma entidade nosológica emergente cuja incidência tem aumentado. Com base nos actuais critérios de diagnóstico (> 15-20 eosinófilos/ CGA no epitélio esofágico), nem sempre é fácil a distinção da esofagite de refluxo. Neste contexto, a identificação de marcadores adicionais poderá constituir contribuição relevante para o diagnóstico diferencial entre EE e DRGE.

**Objectivo:** Avaliar a eventual contribuição da caracterização morfológica adicional da mucosa esofágica para o diagnóstico diferencial entre EE e DRGE em idade pediátrica.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo de biopsias da mucosa esofágica distal incluindo 25 crianças: 10 com EE (idade média 8,3 anos), 10 com DRGE (idade média 7,6 anos) e 5 constituindo um grupo de controlo (idade média 7,6 anos). Efectuou-se histologia convencional (HE), histoquímica (Van Gieson, PAS) e imunohistoquímica para mastócitos (Tryptase) e Proteína Básica Major de activação dos eosinófilos -MBP. Caracterizou-se a distribuição, contagem dos eosinófilos e mastócitos e marcação MBP (3 CGA; número médio células/CGA). Avaliou-se semiquantitativamente a intensidade da fibrose subepitelial.

**Resultados:** O número de eosinófilos e mastócitos intraepiteliais foi maior na EE vs DRGE (média 52,7 vs 8,7 e 36.5 vs 7.2, respectivamente), sendo semelhantes na l. Própria e papilas (raros mastócitos e nenhum eosinófilo no grupo controlo); em 8 casos de EE, os eosinófilos distribuíam-se na superfície epitelial, com formação de microabcessos.. Evidenciou-se marcação MBP em 9/9 casos EE, 2/8 casos DRGE e ausente no grupo controlo. A fibrose foi intensa em 4 casos EE e 1 DRGE (ausente no grupo de controlo).

**Conclusão:** Estes resultados preliminares, apoiando a hipótese do papel etiopatogénico dos eosinófilos e mastócitos na EE, sugerem que, adicionalmente à contagem de eosinófilos, outros elementos como a caracterização do seu status de activação e padrão de distribuição, a contagem de mastócitos e a avaliação da fibrose subepitelial, poderão ser relevantes para o diagnóstico diferencial.

75

**MANOMETRIA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUÇÃO: NOVA TÉCNICA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL ESOFÁGICA****Autores**

Luis Abreu Novais

**Instituição**

Laboratório de Neurogastroenterologia e Motilidade Digestiva CEDE-Centro de Estudos de Doenças Esofágicas. Departamento Fisiologia Faculdade Ciências Médicas de Lisboa\*

\* Director: Professor Doutor Pedro Costa

**Resumo**

**Introdução:** A manometria esofágica teve um recente avanço técnico com o desenvolvimento da Manometria de Alta Resolução (MAR), apresentada em tempo real como um mapa espaço-temporal de toda a actividade de pressão esofágica.

**Objectivo:** Avaliação da actividade neuromuscular do esófago com MAR em doentes com disfagia funcional.

**Métodos:** Os doentes realizaram o mesmo protocolo. MAR realizada com sonda com 36 sensores de pressão, com intervalos de 1 cm. Colocação da sonda protegida com manga exterior e calibrada, com registo desde a faringe ao estômago. Avaliação da pressão basal da junção gastro-esofágica e da peristalse com 10 deglutições líquidas de 5 cc de água e se normal com 10 deglutições sólidas de "marshmallows".

Foram avaliados 22 doentes, 11 sexo feminino e 11 sexo masculino, com idade média de 48,9 anos (24-84). Na determinação das perturbações esofágicas foi utilizada a classificação de Chicago.

**Resultados:** Peristalse hipotensiva (5 doentes); Acalásia de tipo II (4); Espasmo difuso (3); Peristalse hipertensiva (2); Esfíncter Esofágico Hipotónico (3); Aperistalse (1); Exame normal e espasmo difuso com deglutições sólidas (2); Exame normal (1). Tempo médio de entubação 14,8 minutos (10- 20)

**Conclusão:** - Técnica bem tolerada pelo doente por não necessitar de mobilização da sonda e curto tempo da intubação. - Nos doentes com acalásia permitiu a identificação do subtipo, critério de grande utilidade na previsão da resposta ao tratamento. Adequado estudo da junção gastro-esofágica.

- Neste grupo seleccionado foi alta a acuidade diagnóstica na avaliação dos doentes com disfagia funcional.

76

**PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND SEVERE BELCHING COMPLAINTS HAVE A HIGHER FREQUENCY OF SUPRAGASTRIC BUT NOT OF GASTRIC BELCHES****Autores**

Velosa M., Kessing B.F., Bredenoord A.J., Smout A.J.P.M.

**Instituição**

<sup>1</sup>Serviço de Gastroenterologia, Hospital Central do Funchal <sup>2</sup> Department of Gastroenterology and Hepatology, Academic Medical Center Amsterdam, Amsterdam, Netherlands.

**Resumo**

**Background:** Patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) often report belching as a troublesome symptom. Intraluminal impedance monitoring can differentiate between gastric belches and supragastric (esophageal) belches. It is currently not known what determines the severity of belching complaints in GERD patients.

**Aim:** Assess the relation between belching severity in GERD patients and the frequency of different types of belches and its relation to reflux.

**Methods:** Twenty-one GERD patients underwent ambulatory 24-h pH-impedance monitoring. Severity of belching complaints was systematically assessed using questionnaires. The analysis of the pH-impedance tracings included frequency, type of belches and its association with acidic and weakly acidic reflux. Results: Twenty-one patients were included (mean age 52 yr, range 31-73 yr, 19 female). Severe belching was reported by 11 patients, moderate symptoms by 7 and none to mild by 3.

Patients reporting severe symptoms had a significantly higher median frequency of belches [44 (38-88) vs 23 (9-46),  $p < 0.05$ ], number of reflux events [54 (47-59) vs 8 (4-51),  $p < 0.05$ ] and acid exposure time [8.4 (3-14.9) vs 0.8 (0.7-5.7),  $p < 0.05$ ] compared to patients with moderate symptoms. Whilst no significant difference in gastric belch frequency between the groups was found, the frequency of supragastric belches in patients with severe symptoms was higher compared to moderate symptoms [23 (4-37) vs 2 (0-14),  $p < 0.05$ ]. This difference was mainly caused by a significantly higher frequency of reflux-associated supragastric belches in patients with severe symptoms compared to moderate symptoms [14 (3-21) vs 0 (0-1),  $p < 0.05$ ].

**Conclusion:** GERD patients with severe belching symptoms have an increased frequency of supragastric belches, reflux events and acid exposure time. Reflux-associated supragastric belches are mainly observed in patients with severe belching symptoms.

77

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM ACALÁSIA: ESTUDO PROSPECTIVO****Autores**

Arroja B., Donato H., Souto P., Rodrigues V., Gregório C., Romãozinho J.M., Gouveia H., Sofia C.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Resumo**

**Introdução:** Acalásia é uma doença sintomática com impacto na qualidade de vida. **Objectivos:** Descrever as características de um grupo de doentes com acalásia e relacionar sintomatologia e qualidade de vida antes e após tratamento. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo, incidindo sobre novos casos de acalásia diagnosticados durante a realização de manometria

esofágica, de 2008 a 2010. Foram avaliados género, idade, dados manométricos, duração e intensidade dos sintomas (escala de Eckardt), bem como escalas de qualidade de vida (QV) geral (SF-36) e específica para acalásia (Urbach) antes e após tratamento. Comparação entre medições, antes e após terapêutica, com teste de pares emparelhados de Wilcoxon. **Resultados:** 25 casos, 18 dos quais cumprindo avaliação pré e pós-tratamento. Sexo masculino: 33,3%, idade 46,5±18,4 anos. Acalásia vigorosa: 33,3%. Tipo de tratamento: cirurgia -7 doentes; dilatação pneumática -4; toxina botulínica -4; terapêutica combinada -3. Estádios de Eckardt pré/pós-tratamento: estadio III -50%/5,6%, estadio II -44,4%/33,3%, estadio I -5,6%/16,7%, estadio 0 -0%/44,4%. Sintomas pré/pós tratamento: disfagia -94,4%/38,9%, regurgitação -55,6%/5,6%, dor retroesternal -38,9%/11,1%, perda ponderal >5Kg -33,3%/0%. Escalas de questionários pré/pós-tratamento: Urbach -57/33 (mínimo 33/0; máximo 86/73); SF-36 (função física -87,5/95, desempenho físico -100/100, dor corporal -46,5/73, saúde geral -46/58,5, vitalidade -40/67,5, função social -50/81, desempenho emocional -67/100, saúde emocional -40/74). Melhorias significativas após tratamento ( $p < 0,05$ ) nos estádios de Eckardt, escala de Urbach e em todas as escalas do SF-36, excepto no desempenho físico e emocional. Doentes em remissão clínica, pela escala de Eckardt, demonstraram melhoria estatisticamente significativa no questionário de Urbach e nas escalas dor corporal, saúde em geral e vitalidade. **Conclusões:** A acalásia é uma doença com impacto significativo na QV dos doentes. Neste estudo, as pontuações do SF-36 são inferiores às descritas na população portuguesa em geral. O tratamento permite uma melhoria significativa da QV e dos sintomas.

78

**ESTUDO DESCRITIVO DE CASOS DE ACALASIA DO CÁRDIA COMO CAUSA DE INCAPACIDADE LABORAL NO BRASIL****Autores**

Januário L.V.C., Souza M.R.A., Lira T.L.B.G., Santos V.N.

**Instituição**

Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE

**Resumo**

A Acalasia do Córdia caracteriza-se por uma degeneração inflamatória das células ganglionares inibitórias do plexo mioentérico, promove uma alteração neuromuscular hipertónica dificultando a passagem do alimento do esófago para o estômago. Considerada uma doença benigna, porém de evolução crónica e arrastada que compromete a qualidade de vida dos pacientes. Períodos variados de incapacidade laborativa temporária podem ser observados, especialmente durante a recuperação de procedimentos endoscópicos e/ou cirúrgicos. Contudo, situações

de maior gravidade do estado geral e nutricional, podem gerar afastamentos mais prolongados e até mesmo a invalidez definitiva. Diante disto, considera-se oportuno e necessário, estudar a Acalasia como causa de Incapacidade laborativa no Brasil, sob a perspectiva previdenciária. Este estudo incluiu análise descritiva de todos os casos de Acalasia do Cárdia que requereram benefícios por incapacidade, no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2010. A amostra foi estratificada por sexo, faixa etária e região, de acordo com o tipo de incapacidade laboral (temporária ou definitiva-invalidez). Os dados foram submetidos à análise estatística e apresentados em gráficos. Um total de 419 afastou-se do trabalho por motivo da doença. Destes, a maioria (95,5%) por incapacidade temporária e em apenas 19 casos (4,5%) se comprovou a incapacidade definitiva. Em ambas as situações, destacou-se maior ocorrência no sexo masculino e na região Sudeste do País. Com relação à idade, observou-se um predomínio nas faixas etárias mais produtivas (20-50 anos) nos portadores de incapacidade temporária, já a invalidez foi registrada a partir de 50 anos de idade. Os resultados colocam em evidência a importância da doença como causa de afastamento do trabalho especialmente nas populações economicamente activas e sugerem políticas de saúde voltadas para prevenção dos factores de risco e diagnóstico precoce, visando reduzir o impacto sócio-económico da doença.

79

### AVALIAÇÃO DA SOBREVIVÊNCIA NO CARCINOMA DO ESÓFAGO: REALIDADE DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

#### Autores

Serrano M.<sup>1</sup>, Mão de Ferro S.<sup>1</sup>, Ferreira S.<sup>1</sup>, Mirones L.<sup>2</sup>, Freire J.<sup>3</sup>, Casaca R.<sup>4</sup>, Bettencourt A.<sup>4</sup>, Chaves P.<sup>5</sup>, Dias Pereira A.<sup>1</sup>

#### Instituição

Serviços de <sup>1</sup>Gastroenterologia, <sup>2</sup>Radioterapia, <sup>3</sup>Oncologia Médica, <sup>4</sup>Cirurgia Geral e <sup>5</sup>Anatomia Patológica Instituto Português de Oncologia de Lisboa FG, EPE

#### Resumo

**Introdução:** O cancro do esófago (CE) é a neoplasia com pior prognóstico entre os tumores do tubo digestivo. Em Portugal, de acordo com os dados do ROR Sul, a sobrevivência aos 5 anos é de apenas 9%. A incidência estimada na região sul é de 225 casos/ano.

**Objectivo:** Avaliação da sobrevivência dos doentes seguidos na Consulta Multidisciplinar de CE (follow-up mínimo 24 meses).

**Métodos:** Incluídos todos os doentes com CE admitidos entre Fevereiro 2007 e Dezembro 2008 (excluídos adenocarcinomas da junção Eso-gástrica tipo II e III de Siewert), estadiados de acordo com protocolo da instituição. Terapêutica proposta com base no estádio e comorbilidades. SPSS 17.0 (Log-rank; Kaplan-Meier).

**Resultados:** Incluídos 155 doentes [145 homens; idade média 62,1±11,3 anos; histologia de carcinoma pavimentocelular em 84,6%]. Estádio: I-10; II-34; III-58 (10 T4 para traqueia); IVA-23; IVB-30. Comorbilidades em 47% dos casos que condicionaram a terapêutica efectuada.

Tratamento: cirurgia-9; quimiorradioterapia (QRT) neoadjuvante-22; QRT isolada-45; terapêutica fotodinâmica-2; quimioterapia (QT) isolada-10; radioterapia isolada-8; palição endoscópica-55. Mortalidade associada ao tratamento de 7,7%. Sobrevivência aos 40 meses: global de 20% [95% IC 13,4-27,2%]; grupo submetido a terapêutica intenção curativa de 33,9% [95% IC 23,0-45,0%]. A sobrevivência foi influenciada pelo estádio da doença (estádio: I-52,5%; II-39,5%; III-13,8%; IVA-9,6%; IVB-3,6%; p=0,0001) e pelas terapêuticas que incluíam cirurgia (cirurgia-47,6%; QRT neoadjuvante-54,6%; QRT isolada-19,7% p=0,0000). Os 2 doentes submetidos a terapêutica fotodinâmica não têm evidência de recidiva.

**Conclusões:** 1.) Neste período foram observados pelo nosso grupo 1/3 dos doentes com o diagnóstico de CE da região sul do país; 2.) Os resultados observados são bons quando comparados com a sobrevivência esperada; 3.) Observou-se, contudo, mortalidade significativa associada à terapêutica efectuada; 4) Admitimos que os nossos resultados, em relação a outras séries, possam ser penalizados pela elevada percentagem de carcinomas pavimentocelulares e exclusão dos adenocarcinomas da junção Eso-gástrica, tradicionalmente com melhor prognóstico.

80

### ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULAS ESOFÁGICAS COM PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS - 9 ANOS DE EXPERIÊNCIA

#### Autores

Veloso R., Proença L., Alberto L., Rodrigues A., Silva A.P., Pinho R., Fernandes S., Leite S., Pais T., Fernandes C., Carvalho J., Fraga J.

#### Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

#### Resumo

**Introdução:** O encerramento endoscópico de fístulas é uma área de interesse clínico, permitindo evitar intervenções cirúrgicas de extrema complexidade. A ocorrência de formação de trajectos fistulosos esofágicos pós-gastrectomia atinge 27% nalgumas séries, o que torna este método de extrema importância.

**Objectivos:** Apresentação da experiência de nove anos na colocação de próteses esofágicas para encerramento de fístulas esofágicas. **Descrição:** Desde 2002 foram colocadas 70 próteses esofágicas; 15 delas (21,4%) para encerramento de trajectos

fistulosos. Características da população em estudo: doze homens (80%); idade mediana= 53 anos (39-80). Oito das próteses (53,3%) colocadas por fístulas pós-cirúrgicas peri-anastomóticas (duas após cirurgias electivas por patologias benignas e as restantes em contexto neoplásico), cinco (33,3%) por trajectos fistulosos peri-neoplásicos, uma (6,7%) por fistulização esofágica de neoplasia pulmonar e uma (6,7%) por fístula traqueo-esofágica após entubação oro-traqueal prolongada. Foram colocadas apenas próteses cobertas com tamanho variável (8 - 14 cm): em 9 casos próteses metálicas Ultraflex; em cinco, próteses Hanarostent (4 plásticas e uma metálica) e num caso prótese plástica Polyflex. Apenas em um caso (6,7%) a colocação da prótese não foi conseguida sobre o trajecto fistuloso (resolvido com colocação de prótese mais larga). Ocorreu migração distal da prótese em cinco casos (33,3%) com reposicionamento endoscópico bem sucedido em quatro deles. Não se verificaram complicações imediatas após os procedimentos. Apenas em um dos casos (6,7%) não foi possível o encerramento endoscópico do trajecto fistuloso (deiscência anastomótica após "gastric sleeve") sendo que um dos doentes faleceu dois dias após o procedimento por intercorrência infecciosa não relacionada com o mesmo. **Conclusões:** A colocação de próteses auto-expansíveis revelou-se um método eficaz e seguro no encerramento de fístulas esofágicas.

## 81 DIVERSIDADE CLÍNICA E ENDOSCÓPICA DA TUBERCULOSE GASTROINTESTINAL

### Autores

Barreiro P., Herculano R., Bispo M., Couto G., Matos L.

### Instituição

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

### Resumo

**Objectivo:** Os autores propuseram-se avaliar as manifestações clínicas e os achados endoscópicos da tuberculose gastrointestinal.

**Material:** Análise retrospectiva de 3 casos de tuberculose com atingimento gastrointestinal, compreendidos entre Junho de 2007 e Dezembro de 2010, num centro hospitalar.

**Resultados:** Durante o período analisado identificaram-se 3 casos de tuberculose gastrointestinal. Caso 1: Doente de 28 anos, raça negra, com quadro progressivo de intolerância alimentar com vômitos recorrentes e emagrecimento. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou estenose piloro-duodenal cerrada identificando-se nas biopsias realizadas somente infiltrado inflamatório inespecífico. O doente acabou por ser submetido a terapêutica cirúrgica observando-se na peça operatória múltiplos granulomas caseosos com posterior isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* em meio de cultura de Löwenstein-

Jensen. Caso 2: Doente de 34 anos, raça negra, com infecção pelo vírus VIH-1, com quadro insidioso de emagrecimento, sudorese, epigastralgia e hematoquézias recorrentes. A colonoscopia mostrou lesão cecal discretamente proeminente, com cerca de 20 mm, de aspecto violáceo e ulceração estrelada central. A EDA relevou no corpo gástrico proximal pregas volumosas, confluentes e irregulares. Histologicamente, identificaram-se nas lesões descritas granulomas epitelióides caseosos e bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) com a coloração de Ziehl-Neelsen. Caso 3: Doente de 85 anos, raça caucasiana, com história de artrite reumatóide medicada episodicamente com corticóides, com quadro de diarreia de 3-4 dejectões por dia, com 3 meses de evolução. A colonoscopia identificou presença de pequena lesão polipóide, com cerca de 10 mm, de aspecto ligeiramente morulado, circunscrito por mucosa discretamente edemaciada a nível do ângulo hepático. As biopsias da lesão revelaram presença de múltiplos granulomas caseosos e presença de BAAR.

**Conclusão:** A tuberculose gastrointestinal pode atingir qualquer segmento do aparelho digestivo apresentando características fenotípicas diversas e, conseqüentemente, achados endoscópicos e clínicos muito distintos.

## 82 TUMORES DO ESTROMA GASTROINTESTINAL: REVISÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA E DE MARCADORES DE PROGNÓSTICO

### Autores

Correia T, Dias N, Almeida N, Cipriano MA, Sofia C

### Instituição

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

### Resumo

**Introdução:** O tumor do estroma gastrointestinal (GIST) é a neoplasia mesenquimal mais comum do aparelho digestivo. O seu comportamento biológico é muito variável, não existindo em Portugal o registo de estudos que reúnam um número elevado de casos.

**Objectivos e Métodos:** Este estudo retrospectivo pretende caracterizar, do ponto de vista anatomopatológico e clinic, diagnósticos de tumores GIST num período de 12 anos (1998-2009) num hospital terciário de adultos, com uma abrangência populacional de 328.495 utentes. A identificação dos casos realizou-se através da análise retrospectiva de resultados imunohistológicos e/ou imagiológicos estabelecadores do diagnóstico de GIST.

**Resultados:** Os 87 casos identificados (7casos/ano) distribuem-se equitativamente por sexo e apresentam idade média ao diagnóstico de 64 anos. A dor abdominal constitui a apresentação clínica mais frequente seguida da hemorragia digestiva alta (com necessidade de intervenção cirúrgica em metade dos

casos) e anemia. O estômago é a localização mais frequente (57%) seguida do intestino delgado (26%), sendo rara a localização esofágica e rectal. Os meios endoscópicos estabeleceram o diagnóstico em 55% dos casos, identificando-se GISTs de aspecto submucoso ulcerado em metade dos casos. Sete casos foram achados incidentais. Nove dos 13 doentes com doença metastática inicial apresentavam escala de Miettinen elevada ( $p < 0,0001$ ), assim como 9 dos 15 doentes com recorrência da doença ( $p = 0,006$ ). Neste último grupo de doentes a sobrevida média foi de 22 meses. Todos os tumores foram sujeitos a cirurgia (sempre realizada) tendo tido intenção curativa em 90% dos casos. O Imatinib foi utilizado em 10 casos (média de tratamento de 28 meses) com estabilização da doença em 6 casos.

**Conclusões:** Apesar de raros e frequentemente benignos os GISTs podem apresentar um quadro clínico inicial abrupto e grave. Os grupos de risco de Miettinen constituem um bom marcador de risco metastático e recorrência.

83

### SÉPSIS EM GASTRETEROLOGIA: UMA ENTIDADE MENOS-PREZADA?

#### Autores

Eliseu L., Cardoso R., Almeida N., Amaro P., Pessoa J., Chieira D., Pereira H., Oliveira A., Baltazar P., Gomes A., Sofia C.

#### Instituição

Serviço de Gastreterologia Hospitais da Universidade de Coimbra

#### Resumo

**Introdução:** A sépsis é um problema comum em todas as áreas da Medicina, nomeadamente na Gastreterologia. A sua mortalidade pode ser minimizada através de uma abordagem precoce adequada.

**Objectivos:** Avaliar a prevalência e impacto da sépsis num Serviço de Gastreterologia(SG) e a adequação da abordagem inicial adoptada.

**Doentes e Métodos:** Seleccionados, retrospectivamente, os doentes internados num SG com critérios de infecção e síndrome de resposta inflamatória sistémica(SIRS) à entrada no Serviço de Urgência(SU), num período de 1 ano. Considerados, para avaliação da adequação da abordagem: realização de exames complementares para identificação do foco infeccioso/microrganismos envolvidos; pesquisa de sinais de falência orgânica; instituição de medidas de suporte prioritárias e antibioterapia. Análise estatística com SPSS v.17.

**Resultados:** Identificados 55 doentes (33 do sexo masculino; média etária  $74,9 \pm 13,8$  anos), em 56 internamentos (3,9% do total de internamentos). Todos apresentavam 2 ou mais critérios de SIRS: taquicardia-71,4%; leucocitose-66,1%; hipertermia-55,4%. Cumpriam critérios de sépsis grave ou choque séptico

48,2%. Não foram efectuadas: oximetria de pulso-41,1%; gasometria arterial-37,5%; avaliação da tensão arterial-14,3%. O tracto biliar constituiu o foco de infecção em 62,5%. Sem estudos microbiológicos nas primeiras 24 horas-33,9%; tempo médio para início da antibioterapia- $10,4 \pm 6,7$  horas(0,5-33). Apenas 10,7% dos internamentos ocorreram em Unidade de Cuidados Intensivos(UCI). A taxa de mortalidade nestes doentes foi superior à dos restantes internamentos (30,4%vs.8,6%,  $p < 0,0001$ ). O diagnóstico de sépsis constou nos registos clínicos em apenas 6 casos.

**Conclusões:** Em Gastreterologia, a sépsis, maioritariamente de origem biliar, é uma entidade com algum impacto mas raramente reconhecida. A sua abordagem é inadequada (deficiente avaliação de sinais de falência orgânica; atraso no início da antibioterapia; internamento limitado em UCI apesar da prevalência elevada de sépsis grave/choque séptico). É evidente a necessidade de aquisição de competências nesta área e de implementação de protocolos de actuação, para reduzir a elevada taxa de mortalidade.

84

### QUAIS OS FACTORES QUE PODERÃO ESTAR ASSOCIADOS A INSUCESSO TERAPÊUTICO NA PRIMEIRA TENTATIVA DE ERADICAÇÃO DO HELICOBACTER PYLORI?

#### Autores

Romãozinho JM.<sup>1,2</sup> Almeida N.<sup>2</sup>, Donato MM.<sup>1</sup>, Luxo C.<sup>3</sup>, Cardoso O.<sup>3</sup>, Cipriano MA.<sup>4</sup>, Marinho C.<sup>4</sup>, Figueiredo R.<sup>1</sup>, Sofia C.<sup>1,2</sup>

#### Instituição

<sup>1</sup>Centro de Gastreterologia da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Gastreterologia dos HUC; <sup>3</sup>Laboratório de Microbiologia da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; <sup>4</sup>Serviço de Anatomia Patológica dos HUC

#### Resumo

**Introdução:** A erradicação do *Helicobacter pylori*(Hp) é efectuada segundo protocolos empíricos, com taxas de falência inicial em crescendo nos últimos anos. Importa, pois, avaliar factores que possam estar associados a insucesso terapêutico.

**Objectivos:** Caracterizar um grupo de doentes com infecção pelo Hp, sem tentativas prévias de erradicação, e procurar estabelecer factores correlacionados com insucesso terapêutico.

**Doentes e Métodos:** Estudo prospectivo, englobando doentes com teste respiratório da ureia C13 positivo, referenciados para erradicação por dispepsia e/ou anemia ferripriva. Realizada EDA com biopsias para estudos histológicos e microbiológicos. Instituído protocolo de erradicação habitual (Pantoprazol+Amoxicilina+Clarithromicina, 14 dias) com controlo posterior por teste respiratório. Estudados diversos factores com potencial influência no sucesso final (idade, sexo, profissão, local de residência, antecedentes pessoais e familiares de patologia gástrica,



consumo de azeite, álcool e tabaco, IMC, perfis genéticos do Hp, perfis de resistência aos antibióticos, ocorrência de efeitos adversos (EA) e aderência à terapêutica). Análise estatística com SPSS v17.0.

**Resultados:** Incluídos 51 doentes (H/F-15/36; Média Etária-41,2±14 anos; 50 leucodérmicos), 43% com antecedentes familiares de patologia gástrica e 49% vivendo em ambiente rural. Completaram o tratamento 90% dos doentes, registando-se EA em 47%. Conseguida erradicação em 74,5%. Parâmetros associados a maior taxa de insucesso terapêutico: hábitos tabágicos; antecedentes familiares de patologia gástrica. Em contrapartida, a presença dos genes CagA 1/2 e VacA s1b estiveram associados a maiores taxas erradicação. Resistências identificadas: claritromicina-15,7%; metronidazol-27,5%; levofloxacina-25,5%. No grupo de doentes resistentes à claritromicina o insucesso terapêutico foi mais comum.

**Conclusões:** A taxa de erradicação foi inferior à actualmente aceitável segundo os padrões internacionais, com resistências primárias elevadas à claritromicina, metronidazol e levofloxacina. Os hábitos tabágicos e os antecedentes familiares de patologia gástrica estão associados a maior risco de insucesso na erradicação, ao inverso do que sucede com a presença dos genes CagA 1/2 e VacA s1b.

85

### ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA: PODEREMOS REDUZIR O TEMPO DE LEITURA?

#### Autores

Rosa B, Rebelo A, Barbosa M, Magalhães J, Moreira M J, Cotter J

#### Instituição

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães Serviço de Gastroenterologia

#### Resumo

**Introdução:** A utilização do aplicativo Quickview (QV), integrado no software RAPID® Reader (PillCam, Given®), permite reduzir o tempo de leitura da enteroscopia por cápsula (EC).

**Objectivos:** Analisar o tempo de leitura, acuidade diagnóstica e concordância inter-observador da EC em modo QV, comparativamente com o modo standard.

**Métodos:** Estudo prospectivo unicêntrico. Leitura das EC por quatro observadores, dois em modo standard e dois em QV, com ocultação cruzada. Foram consideradas lesões relevantes, aquelas com potencial hemorrágico (P2) nos doentes com hemorragia digestiva obscura oculta/visível (HDO) e presença de actividade inflamatória significativa (Lewis Score, LS≥135) na Doença de Crohn suspeita/estabelecida (DC).

**Resultados:** Incluídos 70 doentes consecutivos submetidos a EC, dos quais 47%(n=33) por DC e 47%(n=33) por HDO. O tempo de leitura foi significativamente menor no modo QV

(7,0±3,3min vs 45,4±16,2min, p<0,001). Globalmente, a acuidade diagnóstica da EC em modo standard vs QV foi de 41,4% vs 28,6%(p<0,01), sendo de 42,4% vs 30,3% (p=0,125) na DC e 45,5% vs 30,3% (p=0,062) na HDO. A concordância entre os dois modos de leitura foi globalmente boa (k=0,722), sendo superior na DC (k=0,759). Na HDO, a concordância foi moderada (k=0,538), no entanto verificou-se um bom nível de concordância para as lesões P2 (k=0,686). Globalmente, ocorreram falsos negativos com o QV em 47% dos exames, tendo 17% sido considerados relevantes, com uma taxa de 12% na DC e 25% na HDO. Assumindo a leitura standard das EC como gold standard, o modo QV apresentou uma sensibilidade (S) global de 69% para a presença de achados endoscópicos relevantes, com um valor preditivo negativo (VPN) de 82% (DC: S=71,4% e VPN=82,6%; HDO: S=66,7% e VPN=78,3%).

**Conclusões:** O QV permite uma leitura significativamente mais rápida das EC, no entanto a acuidade diagnóstica é menor e está associada a uma diminuição considerável da sensibilidade para lesões relevantes, sobretudo na HDO.

86

### ASPECTOS IMAGIOLÓGICOS DA DOENÇA DE CROHN EM IDADE PEDIÁTRICA - REVISÃO PICTÓRICA

#### Autores

Roque M, Antunes D, Lobo L, Távora I

#### Instituição

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

#### Resumo

**Objectivo:** 1- Rever as diferentes técnicas de imagem radiológica e o seu contributo no diagnóstico e seguimento da Doença de Crohn em idade pediátrica; 2- Descrever os aspectos imagiológicos mais frequentes da Doença de Crohn em idade pediátrica; 3- Sugerir uma possível abordagem radiológica: quais os métodos de imagem que devemos utilizar, quando e como os devemos utilizar.

**Material e métodos:** Revisão retrospectiva e bibliográfica, com base na casuística do Serviço, dos aspectos imagiológicos mais frequentes observados nos exames contrastados do intestino delgado, ecografia, TC e RM da Doença de Crohn em idade pediátrica.

**Discussão:** A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal diagnosticada cada vez mais frequentemente em idade pediátrica. Embora tenha sido considerada uma doença rara nesta faixa etária, actualmente, cerca de 20-30% de todos os casos de Doença de Crohn são diagnosticados antes dos 20 anos. Com o diagnóstico cada vez mais frequente, a Doença de Crohn tornou-se uma das doenças crónicas mais prevalentes em crianças e adolescentes, sendo fundamental a familiarização com os achados mais característicos e mais comuns observados nos



diferentes métodos de imagem, bem como a correcta utilização dos mesmos, permitindo uma maior rapidez de diagnóstico e uma mais precoce instituição da terapêutica, com significativa diminuição da morbidade associada a esta patologia. Os autores revêm os principais aspectos imagiológicos desta patologia e o contributo das diferentes modalidades na avaliação dos doentes em idade pediátrica.

**Conclusões:** A Doença de Crohn é uma patologia crónica frequente, que tratada atempadamente permite diminuir a morbidade a ela associada, sendo de enorme importância um correcto diagnóstico e seguimento adequado. A imagem e a correcta utilização das diferentes técnicas - tendo em conta os seus riscos e benefícios - tem um papel preponderante no diagnóstico e seguimento destes doentes.

87

### ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NOS DIFERENTES SEGMENTOS DO DELGADO NA DOENÇA DE CROHN: CORRELAÇÃO ENTRE BIOMARCADORES, ENDOSCOPIA E SCORE DE LEWIS

#### Autores

Susana Rodrigues<sup>1</sup>, Fernando Magro<sup>1</sup>, Hélder Cardoso<sup>1</sup>, Bruno Rosa<sup>2</sup>, Maria João Moreira<sup>2</sup>, Margarida Marques<sup>1</sup>, Ana Rebelo<sup>2</sup>, Andreia Albuquerque<sup>1</sup>, Susana Lopes<sup>1</sup>, Cláudia Dias<sup>3</sup>, José Cotter<sup>2</sup>, Guilherme Macedo<sup>1</sup>

#### Instituição

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia do Hospital S. João, Porto, <sup>2</sup>Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, <sup>3</sup>Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

#### Resumo

**Introdução:** A mudança do paradigma na terapêutica da doença de Crohn (DC) e a capacidade da enteroscopia por cápsula (EC) na detecção de lesões precoces têm realçado o seu papel na DC. **Objectivo:** Avaliar a correlação entre biomarcadores e endoscopia e o score de Lewis (SL) em cada tercil em doentes com DC submetidos a EC. **Material e Métodos:** Estudo transversal e multicêntrico onde foram avaliadas 87 enteroscopias por cápsula classificadas sistematicamente com o SL, em doentes diagnosticados com a DC entre 2003 e 2010. Obtiveram-se os valores analíticos à data de diagnóstico e da EC, e os achados endoscópicos mais próximos da data de realização desta última. As correlações foram calculadas usando o teste de Pearson e foram estratificadas de acordo com o tercil. **Resultados:** A frequência de envolvimento nos 2 primeiros tercils foi de 28% em doentes com SL >135. No 1º tercil foram encontradas correlações entre o SL e a ferropenia ao diagnóstico ( $p=0.001$ ) e os níveis séricos reduzidos de proteínas totais ( $p=0.004$ ), albumina ( $p=0.039$ ) e PCR ( $p=0.033$ ) à EC. No 2º tercil existem correlações significativas entre o SL e um valor elevado de pla-

quetas ( $p_{\text{diagnóstico}} < 0.0001$ ;  $p_{\text{EC}} = 0.003$ ). No 3º tercil encontrou-se correlação do SL com o nível de hemoglobina ( $p=0.019$ ) e ferropenia ao diagnóstico ( $P = 0.005$ ), os níveis séricos reduzidos de proteínas totais ( $p=0.03$ ) e albumina ( $p=0.039$ ) à EC e um valor superior de plaquetas em ambos os tempos ( $p_{\text{diagnóstico}} < 0.0001$ ,  $p_{\text{EC}} = 0.003$ ). A actividade inflamatória moderada/grave (valor  $\geq 790$ ) no SL no 1º tercil foi correlacionada com lesões no cego e ascendente ( $p=0.033$ ), no transversal ( $p=0.028$ ) e no recto ( $p=0.002$ ). **Conclusões:** Pela primeira vez foi avaliado de forma sistemática o SL nos diferentes tercils na DC, constatando-se uma correlação entre o envolvimento do tracto digestivo superior e biomarcadores e achados endoscópicos, relevando a importância da EC na DC.

88

### ESTUDO COMPARATIVO DE TRÊS PROTOCOLOS DE PREPARAÇÃO INTESTINAL PARA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA

#### Autores

Rosa B, Barbosa M, Magalhães J, Rebelo A, Moreira M J, Cotter J

#### Instituição

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães Serviço de Gastrenterologia

#### Resumo

**Introdução:** A utilização de solutos de limpeza intestinal previamente à realização da Enteroscopia por Cápsula (EC) permanece controversa, equacionando-se se a utilização dos mesmos pode melhorar a visualização da mucosa.

**Objectivos:** Comparar a qualidade da visualização da mucosa, a taxa de exames incompletos e o tempo de trânsito intestinal utilizando três protocolos de preparação intestinal para EC.

**Métodos:** Estudo prospectivo randomizado unicêntrico, incluindo 60 doentes consecutivos submetidos a EC. Randomização para 3 protocolos de preparação intestinal: A(n=20):dieta líquida 24h e jejum 12h previamente à EC; B(n=20):protocolo A+2L de solução de polietilenoglicol(Endofalk®) na véspera do exame; C(n=20):protocolo B+100mg de dimeticone gotas(Aero-OM®) 30min antes do exame. A classificação da qualidade da preparação intestinal baseou-se na percentagem do exame totalmente livre de resíduos, líquido ou bolhas: Boa/excelente:>75%; Razoável:50-75%; Inadequada:<50% e/ou segmentos com total impossibilidade de visualização da mucosa. Consideraram-se relevantes as lesões hemorrágicas (P2) nos doentes com hemorragia digestiva obscura e as lesões com Score Lewis  $\geq 135$  na Doença de Crohn suspeita/estabelecida.

**Resultados:** Globalmente, a percentagem de exames com visualização adequada da mucosa foi de 65% no grupo A, 83,3% no grupo B e 68,4% no grupo C(ns). Identificaram-se achados endoscópicos relevantes em 60% dos doentes do grupo A, 44,4% do grupo B e 57,8% do grupo C(ns). O tempo de trânsito intestinal

para os protocolos A, B e C foi de 256,35±91min, 256,12±110min e 258,12±113min(ns), e a taxa de exames incompletos de 0%, 11,1% e 10,5%, respectivamente(ns).

**Conclusões:** A preparação intestinal com polietilenoglicol associou-se a uma maior taxa de EC com visualização adequada da mucosa, relativamente à preparação apenas com dieta líquida e jejum de 12h (83,3% vs 65%,ns). A administração de dimeticone previamente à ingestão da cápsula não parece conferir nenhum benefício adicional. Não se observaram diferenças significativas no tempo de trânsito intestinal ou percentagem de exames incompletos com os diferentes protocolos de preparação intestinal utilizados.

89

### PREDITORES DE ACHADOS PATOLÓGICOS NA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA ANEMIA FERROPÉNICA

#### Autores

Gonçalves A., Costa-Macedo T., Carrilho Ribeiro L., Velosa J.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, CHLN- Hospital Santa Maria

#### Resumo

**Introdução:** A anemia ferropénica (AF) crónica permanece inexplicada em cerca de 30% dos casos. A enteroscopia por cápsula (EC) permite esclarecer o diagnóstico em 57% a 80% dos doentes.

**Objectivo:** Avaliar o papel da EC na detecção de lesões em doentes com AF não esclarecida e estabelecer preditores de diagnóstico positivo.

**Métodos:** incluídos retrospectivamente 184 doentes com AF num centro terciário.

**Resultados:** M= 112 (60.9%) H= 72 (39.1%); idade média de 66.4 (H 64.3; M 63.6; ns); valor médio de hemoglobina (Hg) 8.1 g/dl (H= 8.31, M= 7.34;ns). Achados patológicos em 117 (63.6%). Os achados mais comuns: angioectasia/s 48.7%, erosões/úlceras 19.7% (doença de crohn 11, enteropatia a AINE`S 3, enterite rá-dica 1, D. Whipple 1, não esclarecida 6); lesão submucosa 7.0%; tumores da mucosa 5.1%, doença celíaca 2,3%. Os homens apresentaram maior taxa de achados patológicos que mulheres (68% vs 60%, p=0.34). Mulheres com idade ≥ 50 anos tinham maior taxa de achados patológicos que mulheres <50 anos (67,1% vs 37%, odds ratio 3.4, p=0.007). 67% dos doentes com Hg <10 mg/dl apresentavam achados patológicos comparado com 51% dos doentes com Hg ≥ 10 mg/dl (p= 0.07). O "cut off" de 10 g/dl apresentou sensibilidade (S), especificidade (E) e valor preditivo positivo (VPP) de 80%, 31% e 42%. Para o "cut off" de 9g/dl: taxa de achados se Hg <9g/dl de 71% vs se Hg ≥ 9g/dl de 53% (p=0.020); S=63%, E=55% e VPP=53%.

**Conclusões:** A EC esclareceu o diagnóstico em mais de metade dos doentes. Mulheres em idade fértil (<50 anos) apre-

sentam menor probabilidade de achados patológicos podendo indicar a importância de uma avaliação ginecológica rigorosa. Hg <9g/dl é preditor significativo de achados patológicos. O "cut off" de 9 g/dl poderá ser um indicador de prioridade na realização de EC em doentes com AF e de maior probabilidade de diagnóstico positivo.

90

### ENTEROSCOPIA POR VÍDEO-CÁPSULA E DOENÇA DE CROHN DO INTESTINO DELGADO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

#### Autores

Herculano R, Barreiro P, Couto G, Bispo M, Santos S, Chagas C, Matos L

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz

#### Resumo

**Introdução:** A enteroscopia por video-cápsula (EVC) foi inicialmente usada na Doença de Crohn (DC) com a finalidade de coadjuvar a estabelecer o seu diagnóstico e avaliar a extensão e actividade da doença. O objectivo do nosso estudo foi avaliar a experiência do Centro nas EVC efectuadas na DC.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, de 542 EVC (PillCam SB®, Given Imaging, Yoqneam, Israel), entre Janeiro de 2006 e Fevereiro de 2010. Foram recolhidos dados clínicos, achados e complicações.

**Resultados:** Registaram-se 110 (14.6%) EVC efectuadas por DC suspeita (44 exames) e avaliação da actividade/extensão (33 exames). Os doentes eram mais jovens que a média (38 anos) e o trânsito intestinal mais rápido (237 minutos). A percentagem de achados foi de cerca de 32% (14 exames) na suspeita de doença de Crohn. Nestes doentes encontraram-se lesões sugestivas, ou com interesse diagnóstico, em 31,8% dos casos. O objectivo principal da EVC na DC conhecida foi, particularmente, avaliar a actividade da doença antecipando uma eventual mudança na atitude terapêutica, quer nos doentes "médicos" quer nos "cirúrgicos". Em 42% dos casos, o resultado da EVC impôs uma mudança terapêutica, em geral azatioprina e/ou terapêutica biológica. Ocorreram duas retenções por estenoses do intestino delgado com necessidade de cirurgia.

**Conclusões:** O número de exames pedidos por DC na nossa amostra cresceu ligeiramente ao longo dos anos, o que poderá demonstrar a falta de consenso quanto ao risco-benefício da EVC nesta indicação. Segundo os nossos resultados o risco parece baixo mas a "acuidade" do exame nos casos de suspeita de DC também. A EVC parece ter um papel importante na avaliação da gravidade da doença, uma vez que poderá coadjuvar na escolha terapêutica.

91

**A UTILIDADE DA CÁPSULA DE PATÊNCIA NA DOENÇA DE CROHN****Autores**

Ferreira F., Cardoso H., Bastos P., Marques M., Lopes S., Magro F., Macedo G.

**Instituição**

Hospital de São João

**Resumo**

**Introdução:** A importância da cápsula endoscópica (CE) na doença de Crohn (DC) tem aumentado pela sua capacidade de detectar lesões precoces no intestino delgado com potenciais implicações terapêuticas. No entanto um risco elevado de retenção é expectável nestes doentes, o que limita a sua aplicação com segurança.

**Objectivo:** Identificar os doentes com DC suspeita ou confirmada em que é seguro efectuar CE.

**Material e métodos:** Estudo prospectivo incluindo doentes consecutivos referenciados para realização de CE por DC suspeita ou confirmada, entre Novembro 2009 e Fevereiro 2011. Considerou-se patência positiva quando a cápsula de patência (CP) Agile® era excretada intacta ou não detectada pelo scanner de radiofrequência após 30h da ingestão.

**Resultados:** Foram incluídos 153 doentes, três foram excluídos por não conseguirem ingerir a CP. A idade média foi  $40 \pm 15$  anos, 57% eram sexo feminino. A CP foi realizada em 91 doentes com DC e em 59 doentes com suspeita de DC, 14% estavam internados e 21% apresentavam história de cirurgia digestiva.

Em 79 doentes (53%) verificou-se patência positiva; estes doentes realizaram posteriormente CE, não ocorrendo nenhuma complicação. Nos 71 doentes (47%) com patência negativa foi realizada radiografia abdominal, que detectou a CP localizada no quadrante inferior direito em 51%.

Efeitos adversos (EA) da CP (dor abdominal, náuseas ou diarreia) ocorreram em 23%, cinco doentes recorreram ao serviço urgência por sintomas obstrutivos, apenas um necessitou de internamento resolvido com tratamento conservador.

Patência negativa foi mais frequente em mulheres ( $p=0.006$ ), doentes com idade superior a 60 anos ( $p=0.034$ ) ou com EA ( $p<0.001$ ). História de cirurgia digestiva prévia e a realização em doentes internados não se relacionaram significativamente com patência negativa.

**Conclusões:** A CP foi eficaz na identificação dos doentes nos quais é seguro realizar CE. O sexo feminino, EA e idade superior a 60 anos foram factores preditivos de patência negativa.

92

**DETECÇÃO DE MYCOBACTERIUM AVIUM SUBSP. PARATUBERCULOSIS NO SANGUE DE DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO****Autores**

Albuquerque A, Campos N, Rodrigues S, Lopes S, Macedo G.N, Alves R, Macedo G, Magro F, Sarmento A.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia do Hospital São João e CEBIMED, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto

**Resumo**

Tem sido demonstrada uma associação entre colonização por mycobacterium, Mycobacterium avium subsp paratuberculosis (MAP), e doença de Crohn (DC). **Objectivo:** Determinar a prevalência de infecção por MAP em doentes com doença inflamatória intestinal (DII). População e **Métodos:** Para o efeito avaliámos quatro grupos de doentes: 1) DC em actividade, doentes internados, 2) Colite ulcerosa (CU) em actividade, doentes internados, 3 e 4) os mesmos doentes em ambulatório com doença inactiva pelo menos há três meses. Estes grupos de doentes foram comparados com uma população controlo de indivíduos saudáveis (controlo negativo) e doentes com aumento da permeabilidade intestinal com cirrose e ascite (controlo positivo). As células mononucleares do sangue foram separadas por gradiente de densidade com Histopaque. Foram estudados 33 doentes com DC em actividade, 18 com CU activa, 30 controlos saudáveis e 26 doentes com cirrose descompensada com ascite. Os doentes com DII foram reanalisados após um período de pelo menos três meses de inatividade: CD-21 e UC-9. Para detecção de MAP o DNA foi extraído por fenol-cloroformio. Foi efectuado PCR, usando primers L1 e L2 (1º PCR) e AV1 e AV2 (nested PCR). **Resultados:** O DNA de MAP foi identificado por PCR em 11 de 30 indivíduos controlo saudáveis (37%) e em 20 de 26 doentes com cirrose (77%). Nos doentes com DC em actividade foi identificado em 26 de 33 doentes (79%) e em 13 de 18 doentes (72%) com CU activa. Na segunda detecção de DNA para MAP nestes doentes este foi observado em 6 de 21 (27%) indivíduos com DC e em 3 de 9 (33%) com CU. **Conclusões:** O aumento da prevalência de detecção de DNA por MAP não é específica da DII, encontrando-se elevada em doentes com aumento da permeabilidade intestinal e associa-se a actividade clínica.

93

**CIRURGIA NA DOENÇA DE CROHN ILEO-CECAL: QUAL O MELHOR TIMING?****Autores**

Graça Rodrigues C.<sup>1</sup>, Ricardo L.<sup>1</sup>, Folgado Alberto S.<sup>1</sup>, Martins A.<sup>1</sup>, Félix J.<sup>1</sup>, Nunes V.<sup>2</sup>, Pinheiro N.<sup>2</sup>, Rocha Pires G.<sup>2</sup>, Ramos Deus J.<sup>1</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia e <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Resumo**

**Introdução:** Dados na literatura sugerem que a cirurgia seja a intervenção terapêutica mais eficaz para induzir uma remissão sustentada na Doença de Crohn (DC) [1], mas nos últimos anos os avanços no tratamento médico favoreceram uma abordagem mais conservadora destes doentes.

**Objectivo:** Comparar a evolução dos doentes com DC submetidos a ressecção ileo-cecal na altura do diagnóstico (cirurgia precoce) ou durante o curso da doença (cirurgia tardia).

**Métodos:** Foram incluídos 112 doentes com DC submetidos a ressecção ileo-cecal: em 54 doentes a cirurgia foi realizada na altura do diagnóstico (cirurgia precoce), sem terapêutica médica prévia; nos restantes 58 doentes a cirurgia foi realizada ao longo do curso da doença (cirurgia tardia), em média 75,6 meses após o diagnóstico (1-308 meses). Os doentes tiveram um follow up médio após a cirurgia de 112,6 meses (12-512 meses), durante o qual foi avaliada a ocorrência de recorrência clínica, com necessidade de corticoterapia, necessidade de terapêutica imunomoduladora (azatioprina e/ou biológicos) e recorrência cirúrgica. A análise estatística dos dados foi efectuada com o software SPSS versão 17.0 (teste Chi2 e análise de sobrevivência Kaplan Meier).

**Resultados:** Cinco anos após a cirurgia de ressecção ileo-cecal, a probabilidade cumulativa de recorrência clínica foi significativamente inferior no grupo da cirurgia precoce ( $p < 0,05$ ), e observou-se uma tendência semelhante para a necessidade de terapêutica imunomoduladora, embora a diferença entre os grupos não tenha sido estatisticamente significativa. Não se registou diferença na recorrência cirúrgica.

**Conclusão:** Os resultados da nossa série sugerem, em concordância com a literatura[2], que nos doentes com DC ileo-cecal a cirurgia relativamente precoce prolonga a remissão clínica e tende a aumentar o período livre de imunomodulação. A cirurgia deverá ser considerada uma alternativa terapêutica nos doentes corticodpendentes ou corticorresistentes com DC ileo-cecal localizada.

**Referências**

- [1.] Gastroenterology 1999; 117:49-57
- [2.] Aliment Pharmacol Ther 2007; 26: 1303-12

94

**AVALIAÇÃO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA DE MACRÓFAGOS DE DOENTES EXPOSTOS A ANTI-TNF E A AGENTES INFECIOSOS****Autores**

Campos N.<sup>1</sup>, Macedo G.N.<sup>1</sup>, Albuquerque A.<sup>2</sup>, Rodrigues S.<sup>2</sup>, Lopes S.<sup>2</sup>, Macedo G.<sup>2</sup>, Magro F.<sup>2</sup>, Sarmiento A.<sup>1,3</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>CEBIMED, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Gastroenterologia, Hospital de São João, Porto; <sup>3</sup>IBMC, Universidade do Porto, Porto

**Resumo**

**Introdução:** A doença inflamatória crónica intestinal, tem sido associada a uma resposta inflamatória alterada a microorganismos. A terapêutica desta doença com infliximab tem vindo a ser utilizada com eficácia. No entanto, ainda são pouco conhecidos os seus efeitos na secreção de citocinas por macrófagos. **Objectivos:** Avaliação do efeito da terapêutica com infliximab na produção de citocinas por macrófagos de doentes com doença de Crohn (DC) ou colite ulcerosa (CU) em resposta a infecção bacteriana. População e **Métodos:** Foram estudados 30 doentes com DC e 15 com CU, a efectuar Infliximab (DCI e CUI), bem como 22 doentes com DC e 22 doentes com CU não submetidos a anti-TNF. Monócitos de sangue periférico foram cultivados durante 7 dias, para diferenciação em macrófagos, e foram infectados com Escherichia coli (EC), Enterococcus faecalis (EF), Mycobacterium avium subsp paratuberculosis (MAP) e Mycobacterium avium subsp avium (MA). Nos sobrenadantes foi quantificada a produção de TNF- $\alpha$ , IL-12, IL-23 e IL-10 por ELISA, em tempos seleccionados. **Resultados:** Comparativamente a macrófagos de doentes DC, os de doentes DCI apresentaram secreção aumentada de TNF- $\alpha$  após infecção por MAP, e de IL-12 em resposta a qualquer das outras infecções. Pelo contrário, a produção de IL-23 apresentou-se diminuída em resposta a MAP e EC e a de IL-10 aumentada, independentemente do agente infeccioso. Comparativamente a macrófagos de doentes CU, os macrófagos de doentes CUI apresentaram secreção diminuída de IL-23 e IL-12 em resposta à infecção por MAP e MA, não ocorrendo diferenças na secreção de TNF- $\alpha$  e IL-10. **Conclusão:** A terapêutica com infliximab resultou em diminuição da produção de IL-23 por macrófagos em resposta a MAP. O aumento da produção de IL-10 pelos macrófagos de doentes DCI e a diminuição da produção de IL-23 pode contribuir para a melhoria dos sintomas.

95

**ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL NA DOENÇA GRANULOMATOSA CRÓNICA (DGC) E NA DOENÇA DE CROHN (DC):UM PADRÃO HISTOPATOLÓGICO DISTINTIVO?****Autores**

Pinto MV<sup>1</sup>, Palha AM<sup>2</sup>, Marques JG<sup>1</sup>, Silva SL<sup>3</sup>, Lopes A I<sup>1</sup>

**Instituição**

<sup>1</sup>Unidade de Gastroenterologia Pediátrica e Unidade de Infecçologia Pediátrica, Departamento da Criança e da Família, <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, <sup>3</sup>Serviço de ImunoAlergologia, HSM-CHLN

**Resumo**

**Introdução:** A sobreposição da expressão clínica na DC e na DGC (envolvimento gastrointestinal sintomático em 25-50%, por vezes

precedendo o diagnóstico), recomenda a exclusão sistemática de DGC em DII refractária e/ ou com início em idade jovem, pelas implicações de um diagnóstico tardio. Neste contexto, tem sido recentemente dada relevância à identificação de padrões histopatológicos distintivos (macrófagos teciduais), sendo no entanto ainda escasso o conhecimento nesta área.

**Objectivos:** Estudo comparativo do envolvimento da mucosa gastrointestinal em crianças com DGC e DC (caracterização histopatológica), tentando identificar elementos eventualmente distintivos.

**Metodologia:** 1. Análise descritiva dos aspectos endoscópicos (1ª avaliação) e histológicos observados em 4 crianças com DGC (diagnóstico: critérios funcionais e estudo genético) com sintomatologia do foro GI e em 4 crianças com DC.

**Resultados:** DGC: idade média no diagnóstico 34,8 meses [0-61m], colonoscopia/ EDA: 4/3 casos (idade média 5,7 anos [3-11 A]); DC: idade média no diagnóstico 9,1 anos [19m-16A]; colonoscopia/ EDA: 4/4 (idade média 9,1 anos. Os achados endoscópicos foram sobreponíveis nos 2 grupos. A nível cólico, nos casos de DGC constatou-se histologicamente a presença de infiltrado inflamatório por mono/polimorfonucleares (4), granulomas (3) criptite focal (3) e distorção focal da arquitectura (2); nos casos de DC demonstrou-se infiltrado inflamatório por mono e polimorfonucleares (4), criptite (4), abscessos da cripta (3), ulceração (3) e presença de granulomas (3). Apesar da presença de histiócitos pigmentados nos 2 grupos, maior densidade na parte profunda da mucosa foi observada apenas nos casos de DGC (4). A histopatologia ileal (DC -2, DGC-1) e gastroduodenal (DC/DGC:4/4) (gastrite crónica superficial) foram respectivamente sobreponíveis nos dois grupos.

**Conclusões:** Embora reconhecendo a natureza preliminar destes resultados requerendo confirmação adicional, a caracterização do infiltrado histiocitário e respectivo padrão topográfico poderá vir a constituir um contributo histológico distintivo entre as duas entidades, sugerindo precocemente o diagnóstico de DGC.

96

### CICATRIZAÇÃO DA MUCOSA EM DOENTES COM DOENÇA DE CROHN (DC): QUAL O SIGNIFICADO PROGNÓSTICO E QUAL A RELAÇÃO COM A TERAPÊUTICA EFECTUADA

#### Autores

Sousa P., Silva S., Cravo M., Moura Santos P., Tavares L., Velosa J.

#### Instituição

Serviço de Gastroenterologia, CHLN

#### Resumo

O objectivo deste estudo retrospectivo foi avaliar se o estado de cicatrização da mucosa tem valor prognóstico (necessidade de corticóides/ internamento e/ou cirurgia) e se existe uma as-

sociação com a terapêutica efectuada. Material e métodos: Incluídos 72 doentes com DC; 33 homens, 39 mulheres, com média de idades de 38 anos (19-77). Os critérios de inclusão foram: a existência de doença cólica ou ileocólica; existência de uma colonoscopia antes da alteração terapêutica e uma segunda colonoscopia pelo menos um ano após esta alteração. Para avaliação da actividade endoscópica considerámos graus 0 (=normal), 1 (=edema/hiperémia) e 2 (=úlceras) de acordo com Frosliel(1). **Resultados:** Verificámos que na 1ª colonoscopia 4.3% dos doentes apresentavam lesões grau 0, 8.3% grau 1 e 63% grau 2. Do ponto de vista terapêutico 6.9 % foram tratados com mesalamina (5ASA), 43.1% com Azatioprina (AZT), 36% com biológicos e 14% com AZT e infliximab. Na 2ª colonoscopia verificámos uma melhoria marcada das lesões com 23.6% dos doentes com grau 0, 27.8% grau 1 e 36.1% grau 2 (p=0.07). Não encontramos valor prognóstico do tipo de lesão observado na 1ª colonoscopia, mas a existência de úlceras na 2ª colonoscopia estava associada a maior probabilidade de internamentos (p=0.04). Verificou-se melhoria endoscópica em 8% dos doentes tratados com 5ASA, em 41% (12/29) dos doentes tratados com AZT e em 69%(20/29) dos casos sob terapêutica biológica (ADA ou IFX), com ou sem AZT concomitante (p=0.03). A dimensão da amostra não permite avaliar separadamente o efeito da terapêutica combinada. Em conclusão: Os dados da 1ª colonoscopia não têm valor prognóstico mas a existência de úlceras num segundo exame tem um valor prognóstico negativo em relação à necessidade de internamento. A terapêutica biológica está associada a uma taxa significativamente superior de melhoria endoscópica quando comparada com AZT isolada.

(1)Frosliel et al, Gastroenterology. 2007 Aug;133(2):412-22.

97

### IMUNOSSUPRESSÃO E FORMAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-INFILIXIMAB

#### Autores

Nunes A., Vieira A., Freitas J.

#### Instituição

Hospital Garcia de Orta

#### Resumo

##### Introdução:

A eficácia dos tratamentos biológicos reduz-se ao longo do tempo, obrigando a reforçar o tratamento com aumento das doses ou encurtamento dos intervalos das infusões. A perda de resposta está frequentemente associada a uma rápida clearance do anti-TNF e/ou à presença de anticorpos dirigidos contra o fármaco. O uso de corticosteroides no início da perfusão ou o uso de imunossupressão convencional tem sido recomendado para prevenir a ocorrência de anticorpos.

**Objectivos:** Procurar relação entre a presença de anti-corpos anti-Infliximab (anti-IFX) e o uso de imunossupressão concomitante em duas séries de doentes com DII e com AR tratados na mesma instituição.

**Doentes e métodos:** Estudo observacional de dois grupos de doentes submetidos a terapêutica com IFX num único centro: um grupo de 22 doentes (9 homens, 41%) com DII (16 com Doença de Crohn e 9 com Colite Ulcerosa); outro grupo de 22 doentes (4 homens, 19%) com AR.

Procurou-se estabelecer uma relação entre, por um lado, os níveis séricos de IFX e títulos de anticorpos anti-IFX e, por outro lado, a utilização de imunossupressão convencional.

Determinaram-se os níveis séricos ("trough levels") de Infliximab e os títulos de anticorpos anti-IFX por bridging solid-phase ELISA sendo as colheitas feitas imediatamente antes da administração de IFX.

**Resultados:** Dos 44 doentes, um total de 34 doentes encontrava-se medicado com imunossuppressores: 23 (67,6%) com metotrexato, 8 (23,5%) com tiopurinas, 3 (8,8%) com corticosteroides. Onze destes 44 doentes (25%) tinham níveis detectáveis de anticorpos anti-IFX. Dos dez doentes que não tomavam imunossuppressores, dois (20%) tinham anticorpos anti-IFX.

**Conclusão:** Apesar da imunossupressão o aparecimento de anticorpos anti-IFX é frequente. Este facto tem importância pela possibilidade de interferência com a eficácia terapêutica. O pequeno número de doentes não permite tirar conclusões mais significativas quanto à vantagem real da imunossupressão nesta série.

98

## FENÓMENOS DE INFLAMAÇÃO PARADOXAL EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO (DII) SUBMETIDOS A TERAPÊUTICA COM INFILIXIMAB

### Autores

Sousa P., Silva S., Cravo M., Moura Santos P., Tavares L., Serejo F., Velosa J.

### Instituição

Serviço de Gastrenterologia, CHLN

### Resumo

**Introdução:** Estão descritos fenómenos de inflamação paradoxal associados à administração de biológicos em doentes com DII. O objectivo deste estudo foi avaliar qual a incidência deste tipo de complicação em doentes sob infliximab há pelo menos 1 ano.

**Material e Métodos:** Incluímos 64 doentes (55 com DC e 9 com CU) os quais foram entrevistados e os processos clínicos revistos no sentido de se identificarem possíveis efeitos adversos associados a esta terapêutica. Foram excluídas reacções infusionais agudas transitórias. 26/64 (40,6%) doentes eram mulheres e 38/64 (59,4%) homens, com média de idades de 39 anos

(19-69). **Resultados:** A indicação para infliximab era doença cronicamente activa em 78,3% dos doentes e doença perianal em 21,7%. A duração média deste tratamento foi 4 anos (1-11 anos). 78,3% doentes encontrava-se a fazer 5 mg/kg e 13% 10 mg/Kg. A periodicidade do tratamento era 6/6 semanas em 30% dos doentes e 8/8s em 70%. 20% dos doentes encontravam-se a fazer azatioprina e 26,5% 5ASA. Observaram-se reacções adversas em 21 doentes (19/55 com DC e 2/9 com CU): 5 com folliculite, 5 com eczema, 5 com psoríase, 2 com Lúpus Eritematoso Sistémico, 1 com Hepatite Crónica Auto-imune e 5 com queixas articulares. Houve necessidade de suspender a terapêutica em 6 doentes (3 psoríase, 2 LES, 1 HCA). Estes doentes foram tratados com terapêutica específica para a complicação e 4/6 já recomeçaram terapêutica com anti-TNF. Verificou-se que os efeitos adversos eram numericamente mais frequentes nos doentes a fazer 10mg/kg ( $p=0.17$ ) e nos que estavam sob azatioprina ( $p=0.08$ ). Não se observou associação com tempo de terapêutica com infliximab (< ou >5 anos) ou com a periodicidade das infusões. **Conclusões:** Os fenómenos de inflamação paradoxal são frequentes nos doentes a fazer infliximab. A suspensão do fármaco é raramente necessária não havendo evidência de toxicidade cruzada com outros anti-TNF.

99

## DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E GRAVIDEZ: PREDITORES CLÍNICOS DE INFLUÊNCIA MÚTUA

### Autores

Marques A.C.

### Instituição

Hospital de Braga, USF Fafe Sentinela

### Resumo

**Introdução:** Na Doença Inflamatória Intestinal (DII) o diagnóstico é, na maioria dos casos, estabelecido durante a idade reprodutiva da mulher. A gravidez é pois uma situação comum neste contexto, surgindo frequentemente dúvidas acerca das implicações da doença no prognóstico fetal e, inversamente, da gestação na actividade da doença. Porém, os factores envolvidos nesta influência mútua persistem controversos.

**Objectivos:** Aferir o valor prognóstico, em relação à actividade da DII durante a gravidez e em relação ao prognóstico fetal, dos seguintes parâmetros clínicos:

- Actividade da DII no período pré-concepcional;
- Categorização da DII em Doença de Crohn (DC) ou Colite Ulcerosa (CU);
- Classificação da DII quanto à localização/extensão
- Classificação da DII quanto ao comportamento/gravidade.

**Material e Métodos:** Recolheram-se os dados referentes às mulheres com DII e às respectivas gestações e partos, registados numa única instituição, entre 1990 e 2008. Recorreu-se ao programa



estatístico Statistical Program for Social Sciences® (SPSS) versão 17.0, tendo sido utilizados testes de  $\chi^2$  e análise descritiva de dados.

**Sumário e Resultados:** Obteve-se um total de 89 gestações em 45 gestantes. Observou-se correlação estatisticamente significativa entre a agudização da DII no período pré-concepcional e o agravamento sintomático da DII durante a gestação ( $p=0,0001$ ). De igual modo, a maioria dos eventos fetais adversos ocorreu nos casos de exacerbação da DII no período pré-concepcional. Os restantes parâmetros clínicos analisados (categorização em DC ou CU, classificação quanto a localização/extensão e quanto a comportamento/gravidade) não se correlacionaram com o prognóstico de DII durante a gravidez nem com o prognóstico fetal ( $p>0,05$ ).

**Conclusões:** Tanto para a actividade da DII durante a gestação como para o prognóstico fetal o período pré-concepcional parece ser o melhor preditor. Outros parâmetros relativos à própria DII parecem influenciar, não sendo porém decisivos nesta implicação mútua.

100

#### COLITE ULCEROSA GRAVE: CORTICODEPENDÊNCIA E CORTICORESISTÊNCIA

##### Autores

Albuquerque A, Magro F, Rodrigues S, Lopes S, Macedo G

##### Instituição

Serviço de Gastrenterologia do Hospital São João

##### Resumo

**Objectivo:** Avaliar a evolução clínica (antes, durante e após o internamento) de doentes admitidos por colite ulcerosa grave.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes com critérios de colite ulcerosa grave (critérios Montreal), internados num período de 5 anos (2006-2010) no nosso Serviço. **Resultados:** Constatamos 68 internamentos por colite ulcerosa grave: 26 doentes corticoreistentes (38%), grupo A, e 42 com resposta à corticoterapia (62%), grupo B. Vinte internamentos (29%) foram a forma inaugural de doença e 75% responderam aos corticosteróides. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A e B em relação ao sexo, idade, localização da doença e terapêutica instituída à data de internamento. No total, 62% dos doentes corticoreistentes e 44% dos corticodependentes estavam medicados com corticosteróides à data de internamento; no primeiro grupo 50% tinham mais de um critério de gravidade e no segundo, 27% ( $p<0,05$ ). A média da PCR sérica ao terceiro dia de internamento foi de 68mg/L no grupo A e de 37mg/L no grupo B ( $p<0,05$ ). Vinte e três doentes corticoreistentes (89%) foram tratados com Infliximab, com resposta em 87% ( $n=20$ ), quatro (15%) foram submetidos a cirurgia e quatro (15%) tiveram critérios de me-

gacolon tóxico, com resposta à terapêutica médica (Infliximab) em dois. No grupo B, nenhum doente foi submetido a cirurgia ( $p<0,05$ ) e houve um doente com megacolon tóxico (2%), que respondeu à terapêutica médica. Após o internamento, 86% dos corticoreistentes estão medicados com Infliximab (41% com terapêutica combinada com azatioprina), enquanto que no grupo B, 24% efectuam Infliximab (17% com terapêutica combinada) ( $p<0,001$ ). Três dos doentes corticoreistentes (14%) foram submetidos posteriormente a cirurgia. **Conclusões:** O maior número de critérios de gravidade à data de internamento e a PCR ao 3º dia correlacionaram-se com pior evolução clínica, a maioria dos doentes admitidos com critérios de gravidade Montreal, não necessitou de cirurgia.

101

#### AZATIOPRINA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII): FACTORES PREDITIVOS DE RESPOSTA A LONGO PRAZO

##### Autores

Sousa A.L., Eusébio M., Martins A., Caldeira P., Belo T., Guerreiro H.

##### Instituição

Serviço de Gastrenterologia - Hospital de Faro, EPE

##### Resumo

**Introdução:** A Azatioprina (AZA) é utilizada no tratamento de manutenção da DII, com resultados variáveis, mas os factores que influenciam ou predizem a resposta são pouco conhecidos. **Objectivo:** avaliar os factores predictivos de sucesso terapêutico da AZA a longo prazo.

**Material e Métodos:** Doentes seguidos em consulta de DII que introduziram AZA, dose  $\geq 2\text{mg/Kg}$ , por corticodependência/corticorefractariedade e, na Doença de Crohn (DC), por doença fistulizante ou pós-cirurgia. Excluimos os doentes com terapêutica  $< 3$  meses (por efeitos secundários) ou terapêutica concomitante com biológicos. Tratamento eficaz: manutenção da AZA  $> 3$  meses com bom controlo da doença, baseado no julgamento clínico; suspensão da AZA  $> 3$  meses por critérios clínicos/endoscópicos, sem escalada terapêutica. Registámos o tipo de doença, parâmetros clínicos, parâmetros laboratoriais (PL) - leucócitos, PCR, Hb, plaquetas e VGM - antes e aos 3 meses de tratamento, e terapêutica concomitante com 5-ASA e corticóide.

**Resultados:** Incluídos 72 doentes: mulheres/homens - 37/35; idade média -  $37,99 \pm 13,76$  anos; tipo de doença DC/Colite Ulcerosa(CU)/DII Indeterminada - 35/34/3 doentes; duração do tratamento:  $35,1 \pm 30,6$  meses; tratamento eficaz/não eficaz: 48/24 doentes (66,7%/33,3%). A idade no início da AZA prediz o sucesso terapêutico ( $R=0,303$ ,  $p=0,019$ ). Sexo, tipo de doença e PL antes do tratamento sem relação com a eficácia. Aos 3 meses de tratamento, os PL mostraram relação com o sucesso terapêutico: leucócitos ( $r=-0,295$ ,  $p=0,013$ ), PCR ( $r=-0,332$ ,

$p=0,005$ ), Hb ( $r=0,307$ ,  $p=0,010$ ), plaquetas ( $r=-0,360$ ,  $p=0,003$ ) e VGM ( $r=0,255$ ,  $p=0,047$ ); os valores analíticos em conjunto pre-  
dizem a eficácia ( $R=0,517$ ,  $p=0,005$ ). Existe associação entre a  
localização da CU, o tempo de tratamento concomitante com  
5-ASA e da suspensão de corticóides com a eficácia do trata-  
mento ( $r=-0,381$ ,  $p=0,026$ ;  $r=-0,329$ ,  $p=0,037$ ;  $r=-0,265$ ,  $p=0,04$ ,  
respectivamente).

**Conclusão:** A AZA mostrou ser um tratamento eficaz na maioria  
dos doentes. Realçam-se como factores preditivos de resposta, ida-  
de mais avançada no início da terapêutica e os PL aos 3 meses.

## 102 EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS À TERAPÊUTICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: ESTUDO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL

### Autores

Machado J, Araújo R, Ministro P, Cancela E, Castanheira A, Silva A

### Instituição

Hospital de S. Teotónio, E.P.E.

### Resumo

**Introdução:** A Doença Inflamatória Intestinal (DII) apresenta uma  
evolução crónica com necessidade de diferentes abordagens  
terapêuticas ao longo do tempo, as quais devem ser adequa-  
das à actividade da doença, à sua extensão e localização, en-  
tre outros factores. Os fármacos aprovados para o tratamen-  
to da DII apresentam diferentes perfis de segurança, sendo de  
grande relevância clínica a sua caracterização.

**Objectivo:** Caracterização dos efeitos adversos (EA) associados  
à terapêutica numa população de doentes com DII durante 36  
meses.

**Material e métodos:** Estudo prospectivo observacional dos EA  
da terapêutica medicamentosa na DII. Foram incluídos porta-  
dores de Doença de Crohn (DC), Colite Ulcerosa (CU) e Colite  
Não Classificada Macroscopicamente (CNCM) seguidos em con-  
sulta de DII, medicados com mesalazina (5ASA), azatioprina  
(AZA), metotrexato (MTX), infliximab (INF) ou adalimumab (ADA).  
Os dados foram registados de modo sistemático num formu-  
lário predefinido. A análise estatística foi efectuada com recurso  
ao SPSS 17.0.

**Resultados:** Foram incluídos 244 doentes, com idade média de  
44,5+/-2,3 anos, 53,3% (n=130) do sexo feminino, 52% (n=127)  
com diagnóstico de CU, 44,7% (n=109) com DC e 3,3% (n=8) com  
CNCM. O tempo médio de seguimento foi de 1031+/-153 dias.  
Registaram-se EA em 17,6% dos doentes (n=43), dos quais 14%  
(n=6) tiveram EA a mais do que um fármaco. Registaram-se,  
no total, 50 EA, dos quais 56% (n=28) resultaram em incapacidade  
temporária e 38% (n=19) foram considerados Serious  
Adverse Events (SAE). Houve necessidade de internamento em  
15 doentes. Não se registou nenhum evento fatal.

	5ASA (n=242)	AZA (n=82)	MTX (n=5)	INF (n=25)	ADA (n=6)
EA	7% (n=17)	26.8% (n=22)	20% (n=1)	28% (n=7)	33.3% (n=2)
SAE	1.65% (n=4)	7,3% (n=6)	0% (n=0)	24% (n=6)	33.3% (n=2)

**Conclusões:** Tal como esperado pelos diferentes perfis de se-  
gurança dos fármacos, a terapêutica com imunossuppressores  
e biológicos apresentou mais EA. De salientar que os EA dos  
biológicos foram potencialmente mais graves do que os dos imu-  
nossuppressores clássicos.

## 103 PREVALENCIA DE INFECÇÃO PELO VÍRUS EPSTEIN-BARR EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

### Autores

Albuquerque A, Magro F, Rodrigues S, Lopes S, Campos N, Ma-  
cedo G.N, Simões J, Dias C, Sarmiento A, Macedo G

### Instituição

Serviço de Gastrenterologia, Biologia Molecular e Bioestatística  
do Hospital São João e CEBIMED, Faculdade de Ciências da Saú-  
de, Universidade Fernando Pessoa, Porto

### Resumo

**Objectivo:** avaliar a prevalência de positividade para o DNA sé-  
rico do EBV em doentes com doença inflamatória intestinal (DII)  
submetidos a diferentes terapêuticas. **Material e Métodos:** pes-  
quisa e quantificação do DNA sérico do EBV por Polymerase  
Chain Reaction (PCR) em doentes com DII agrupados em qua-  
tro grupos terapêuticos: 1) Infliximab (n=70), 2) Infliximab+aza-  
tioprina (n=42), 3) azatioprina (n=53) e 4) aminossalicilatos ou  
sem terapêutica (n=31). Estes doentes foram comparados com  
indivíduos saudáveis (n=52). **Resultados:** Cinquenta e nove por-  
cento dos doentes em monoterapia com IFX apresentaram po-  
sitividade para o DNA do EVB, bem como 51% dos que efec-  
tuavam terapêutica combinada com IFX+AZA, 28% dos tratados  
com azatioprina, 20% dos doentes com aminossalicilatos e 15%  
dos indivíduos saudáveis. Sem diferenças estatisticamente sig-  
nificativas quanto à positividade para o EBV entre doentes tra-  
tados com infliximab em monoterapia ou terapêutica combinada  
( $p=0,441$ ). No entanto, a prevalência de positividade para o DNA  
do EBV foi superior nestes grupos quando comparados com a  
população a efectuar azatioprina, aminossalicilatos/sem te-  
rapêutica ou o grupo controlo ( $p<0,05$ ). A positividade para o DNA  
do EBV foi semelhante entre o grupo da azatioprina, amino-  
salicilatos e controlo ( $p=0,403$ ). Quanto à quantificação (có-  
pias/ml), estratificando a população em menos de 500 cópias/ml  
ou mais de 500 cópias/ml não houve diferenças estatisticamente  
significativas entre os vários grupos. A média da Proteína C reac-  
tiva nos doentes positivos para EBV foi 3.1 mg/L e nos negati-  
vos de 2.3mg/L ( $p=0,251$ ). Os doentes com menos de 500 cópias  
tinham uma Proteína C reactiva sérica média de 3.8 mg/L de

e aqueles com mais de 500 cópias de 3.1mg/L ( $p=0.401$ ). **Conclusões:** A terapêutica com Infliximab aumenta a prevalência de DNA sérico para o EBV, não se constatando esta associação para a azatioprina. A positividade sérica para o EBV e a sua quantificação não se correlacionaram com o valor da proteína C reactiva.

104

#### PÓLIPOS DE GLÂNDULAS FÚNDICAS: QUANDO PROCURAR A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR?

##### Autores

Catarina Fidalgo<sup>1</sup>, Isabel Claro<sup>1</sup>, Pedro Lage<sup>1</sup>, Paula Chaves<sup>2</sup>, António Dias Pereira<sup>1</sup>

##### Instituição

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia do IPOLFG, EPE <sup>2</sup>Serviço de Anatomia-Patológica do IPOLFG, EPE

##### Resumo

**Introdução:** Os pólipos de glândulas fúndicas (PGFs) surgem em contexto esporádico e sindrómico. A sua relação com os inibidores da bomba de protões (IBPs) e com a infecção por *Helicobacter pylori* (Hp) não é completamente compreendida. Os aspectos que devem motivar o despiste de uma entidade síndrómica associada devem ser esclarecidos.

**Objectivos:** Identificar características que destinguam os PGFs esporádicos e sindrómicos.

**Métodos:** Estudo de todos os casos de PGFs diagnosticados na nossa instituição de Janeiro 2004 a Dezembro 2009 e de todos os casos síndrómicos sem restrição de data. Foram recolhidas variáveis clínicas e endoscópicas bem como dados quanto ao uso de IBPs, infecção Hp e ocorrência de adenomas no estômago e duodeno. Estatística: Stata 10.0, X2 e Mann-Whitney U test. **Resultados:** 73 doentes com PGFs: 60 esporádicos e 13 associados a síndromes de polipose [12 casos de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e 1 caso de Peutz-Jeghers que foi excluído da análise]. Os PGFs esporádicos associaram-se a uma idade tardia no diagnóstico ( $60\pm 15$  vs  $42\pm 15$  anos,  $p=0.001$ ); ao sexo feminino (80% vs 33%,  $p=0.001$ ); a um menor número de pólipos ( $10\pm 12$  vs  $34\pm 28$ ,  $p=0.0007$ ), com cutoff discriminante de 20 pólipos ( $p=0.0001$ ), e ao uso de IBPs (70% vs 0%,  $p=0.0001$ ). Não foi encontrada relação entre o número de pólipos e a duração do uso de IBP. Os PGFs sindrómicos associaram-se à presença de adenomas gástricos (25% vs 0%,  $p=0.008$ ) e de adenomas duodenais (50% vs 0%,  $p=0.0001$ ). A infecção Hp não pôde ser estudada por falta de informação em 46 casos.

**Conclusão:** O achado de mais de 20 PGFs, sobretudo se associado a adenomas gástricos ou duodenais, deve motivar uma investigação cuidadosa da história familiar, especialmente em homens jovens sem uso de IBPs. Tendo em conta a ocorrência de neomutações bem como a possibilidade de PAF atenuada, a colonoscopia deve ser considerada nestes casos, mesmo na ausência de história familiar suspeita.

105

#### ADENOMAS DUODENAIIS (AD) NA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF): RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE VIGILÂNCIA ENDOSCÓPICA

##### Autores

Pimentel R.<sup>1</sup>, Marcos Pinto R.<sup>1</sup>, Moreira T.<sup>1</sup>, Soares J.<sup>2</sup>, Rocha A.<sup>3</sup>, Santos M.<sup>3</sup>, Areias J.<sup>1</sup>

##### Instituição

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia, Hospital Santo António, Porto; <sup>2</sup>Serviço de Gastrenterologia, Hospital Pedro Hispano, Porto; <sup>3</sup>Serviço de Cirurgia, Hospital Santo António, Porto

##### Resumo

**Objectivos:** analisar, a longo prazo, resultados da vigilância endoscópica e das diferentes modalidades terapêuticas dos AD na PAF.

**Métodos:** Incluídos doentes seguidos na consulta de gastrenterologia por PAF, com pelo menos uma endoscopia alta (EDA) realizada. Registados dados epidemiológicos, genéticos, endoscópicos, histológicos, cirúrgicos. Estadiamento da polipose duodenal segundo classificação de Spigelman.

**Resultados:** Incluídos, retrospectivamente, 54 doentes, de 27 famílias; 34(63%) mulheres; média de idade  $51.5\pm 16.8$  anos; 43(79.6%) com mutação identificada; 53(98%) com colectomia; 8(14.8%) com desmóides; 14(26%) sob celecoxib por desmóides ou adenomas do coto rectal e/ou duodenais; realizadas 3,5 EDAs/doente; follow-up após EDA inicial em média  $7,7\pm 4,8$  anos; 12(22.2%) doentes com AD; 9(16.7%) tiveram agravamento de pelo menos um estadio Spigelman no follow-up, ocorrendo numa mediana de tempo de 3 anos (variação: 3-14anos); 2(3.7%) doentes com polipose duodenal grave (spigelman IV). Não registado nenhum cancro duodenal. Dos 12 doentes com AD: 3(25%) realizaram polipectomias endoscópicas (ansa diatérmica), sem complicações, os três com recidiva pós-terapêutica; 1(8.3%) doente submetido a duodenopancreatectomia cefálica (DPC) por spigelman IV, falecido por complicação hemorrágica pós-cirúrgica, em doente com patologia trombo-hemorrágica. Mortalidade no follow-up: 1/54 (1,85%). Não observada diferença estatisticamente significativa: na idade média do grupo com e sem AD (46.8 vs 52.8,  $p=0,28$ ); na prevalência de AD quanto ao tipo de cirurgia (15,8% no grupo com recto vs 37,5% no grupo sem recto,  $p=0,08$ ) e quanto à presença ou ausência de desmóides (25% vs 21.7%,  $p=0,84$ ). Doentes sob celecoxib mantiveram ou agravaram estadio spigelman no follow-up.

**Conclusão:** A ocorrência de AD foi inferior à descrita na literatura. Neste follow-up médio de 7,7anos apenas uma minoria desenvolveu polipose grave. A vigilância detectou AD sempre em fase pré-maligna, permitindo tratamento. Terapêutica endoscópica mostrou ser segura, apesar das recidivas frequentes. A DPC é uma cirurgia major com morbi/mortalidade significativa. Uso de celecoxib não se associou a regressão dos adenomas duodenais.

106

**O TABACO, MAS NÃO O ÁLCOOL, ASSOCIA-SE A OCORRÊNCIA DE PÓLIPOS ADENOMATOSOS DO CÓLON****Autores**

Fernandes C., Veloso R., Pinto Pais T., Pinto J., Afonso M., Proença L., Rodrigues A., Alves M., Almeida R., Pinho M., Iglesias P., Carvalho J., Fraga J.

**Instituição**

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho E.P.E.

**Resumo**

**Introdução:** Cerca de 85% dos casos de cancro colo-rectal (CCR) têm na sua patogénese pólipos adenomatosos (PA), sendo por isso premente a identificação de factores de risco. Tabaco e o álcool têm sido apontados como relevantes no aparecimento e evolução dos PA.

**Objectivo:** Avaliar a associação dos hábitos tabágicos e etílicos com a ocorrência de PA.

**Material e Métodos:** Amostra correspondeu a indivíduos entre os 50-75 anos, integrados em programa de rastreio do CCR por colonoscopia esquerda, entre 2006 e 2010. No dia do exame, através de nutricionistas, avaliadas características antropométricas e realizados inquéritos sobre características sócio-demográficas, hábitos alimentares, tabágicos e etílicos. Para a variável tabaco os indivíduos foram categorizados em fumadores, ex-fumadores e não fumadores. Para o álcool divididos em 2 grupos de acordo com cut-off de 30g/dia/masculino e 20g/dia/feminino.

As variáveis com uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) na análise univariada (teste  $\chi^2$  e teste exacto Fisher) foram utilizadas para a construção dum modelo de regressão logística.

**Resultados:** Em 1774 indivíduos foram identificados 373 indivíduos com PA (21%) e 1401 indivíduos sem pólipos. Na análise univariada o tabagismo activo ou passado e o consumo de álcool com valores acima do cut-off, foram identificados como factores de risco para o grupo de indivíduos com PA quando comparados com grupo de indivíduos sem pólipos ( $p < 0,01$ ). Do modelo de regressão logística verifica-se que tabagismo activo está significativamente associado à presença de PA (OR=3,01; IC a 95%= [2,01;4,52];  $p < 0,01$ ). O tabagismo passado e o consumo de álcool deixam de estar estatisticamente associados ao grupo de indivíduos com pólipos adenomatosos após ajuste para as restantes variáveis.

**Conclusão:** Na amostra estudada o tabagismo activo revelou-se como factor de risco independente para a ocorrência de pólipos adenomatosos do cólon. Os hábitos etílicos não se associaram à ocorrência de pólipos adenomatosos do cólon.

107

**PAPEL PROTECTOR DAS FIBRAS ALIMENTARES INSOLUVEIS NAS LESÕES PRECURSORAS DO CANCRO COLORRECTAL****Autores**

Pinto Pais T., Veloso R., Fernandes C., Pinto J., Afonso M., Proença L., Rodrigues A., Alves M., Almeida R., Pinho M., Iglesias P., Carvalho J., Fraga J.

**Instituição**

Centro Hospital de V. N. Gaia/Espinho - Serviço de Gastrenterologia

**Resumo**

**Introdução:** A sequência adenoma-carcinoma colorrectal (CCR) é aceite e sustentada por estudos clínicos, biológicos e moleculares. O papel protector das fibras alimentares no CCR, mencionado por Burkitt em 1975, tem sido amplamente estudado mas permanece, no entanto, controverso. São raros os estudos sobre a relação das fibras alimentares com os adenomas.

**Objectivo:** Avaliar a relação entre o consumo de fibras alimentares e a presença de pólipos adenomatosos. **Material e**

**Métodos:** Amostra correspondeu a indivíduos, integrados num programa de rastreio de CCR por colonoscopia esquerda, entre 2006 e 2010. No dia do exame, realizada avaliação antropométrica e inquéritos sócio-demográficos, hábitos alimentares, tabágicos e etílicos, por nutricionistas. O consumo de fibras dietéticas, solúveis e insolúveis, foi avaliado através do Questionário de Frequência Alimentar, validado para a população portuguesa. As variáveis com uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) na análise univariada (teste t-student) foram utilizadas para a construção dum modelo de regressão logística. **Resultados:** Em 1774 indivíduos (idades entre 50-75 anos) foram identificados 373 (21%) com pólipos adenomatosos (70,5% do sexo masculino) e 1401 sem pólipos (45,7% do sexo masculino). Na análise univariada verifica-se que a diferença dos valores médios de consumo de fibras, tanto solúveis como insolúveis, entre o grupo de indivíduos com pólipos adenomatosos e o grupo sem pólipos é estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). No modelo de regressão logística ajustado para o sexo e idade, apenas o consumo das fibras insolúveis está associado, como factor protector (OR = 0,978; IC a 95% = ]0,958;0,998[,  $p < 0,05$ ) com a presença dos pólipos adenomatosos. **Conclusões:** O estudo aponta para um papel protector das fibras alimentares insolúveis para o desenvolvimento dos adenomas do cólon. Sendo um factor de risco modificável, o seu papel protector poderá ter impacto na prevenção desta patologia.

108

**A MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA é MÉTODO TERAPÊUTICO EFICAZ NAS LESÕES PLANAS DE GRANDES DIMENSÕES NO CÓLON.****Autores**

Carlos Noronha Ferreira, António Marques, João Lopes, Rui Palma, Luis Correia, Rosario Maldonado, Narcisa Fatela, Elídio Barjas, Luis Carrilho Ribeiro, José Veloso

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Resumo**

**Introdução:** As lesões planas do cólon caracterizam-se por rápida progressão para neoplasia invasiva. **Objectivos:** 1. Determinar características demográficas, morfologia e aspecto histológicos das lesões planas do cólon de grandes dimensões. 2. Determinar a eficácia de mucosectomias endoscópicas na ressecção completa das lesões. **Métodos:** Identificamos doentes com lesões planas do cólon com  $\geq 1$ cm, submetidos a mucosectomia endoscópica com intuito curativo entre 2004 a 2010. Morfologia das lesões de acordo com a classificação Paris-Japão.

**Resultados:** Identificaram-se 79 lesões planas em 75 doentes com idade média  $70 \pm 12$  anos, sendo 59%[44] mulheres. Indicações para colonoscopia:- pólipos-44%[33]; cólon operado-13%[10]; rastreio de cancro-11%[8]; rectorragias-11%[8]; outras-21%[16]. Verificaram-se pólipos síncronos em 63%[47] doentes, com tamanho  $\geq 1$ cm em 21%[16]. Tamanho médio das lesões planas:  $21 \pm 12$ [10-70] mm. Distribuição no cólon:- ascendente-48%[38], transverso-19%[15], descendente-10%[8] e recto-23%[18]. Morfologia:- 0-IIa-63%[50]; 0-IIa+IIc-34%[27]; 0-IIc-3%[2]. Técnicas de ucosectomia: em bloco-37%[29]; ressecção em fragmentos-63%[50]. Verificou-se tecido adenomatoso em 95%[75/79] lesões planas. Histologia:- adenoma tubular-53%[42]; adenoma tubuloviloso-26%[21]; adenoma serreado-10%[8]; adenocarcinoma intramucoso-3%[2]; adenoma viloso-3%[2]; pólipos hiperplásicos-3%[2]; mucosa gástrica ectópica-1%[1]; alterações inespecíficas-1%[1]. Grau de displasia:- alto-53%[42]; baixo-35%[28]; ausente-11%[9]. Como complicações, registaram-se hemorragia sem necessidade de transfusão sanguínea-3%[2] e perfuração do cólon-3%[2]. A taxa de intervenções cirúrgicas foi-7%[5] (2-perfuração pós-mucosectomia, 2-ineficácia de mucosectomias, 1-adenocarcinoma). O tempo mediano de seguimento foi 5 meses, tendo-se perdido 9 doentes. A eficácia das mucosectomias na ressecção completa [ausência de tecido adenomatoso residual] de 68 lesões planas adenomatosas avaliáveis, foi de 94%[64/68]. **Conclusões:** As lesões planas do cólon predominam em mulheres com idade avançada e na maioria dos casos, proximal ao ângulo esplénico.

A mucosectomia endoscópica tem elevada eficácia na ressecção das lesões planas adenomatosas com baixa taxa de complicações.

109

**SEXO MASCULINO E PÓLIPOS DO CÓLON ESQUERDO SÃO PREDICTORES DA DETECÇÃO DE PÓLIPOS NA COLONOSCOPIA DE RASTREIO****Autores**

Gonçalves A., Noronha Ferreira C., Marques A., Carrilho Ribeiro L., Velosa J.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, CHLN ? Hospital Santa Maria

**Resumo**

**Introdução:** A colonoscopia de rastreio e detecção de pólipos reduzem a incidência do cancro cólon-rectal (CCR). A sua eficácia é dependente da população submetida a rastreio e da qualidade do procedimento. **Objectivos:** Avaliar os factores influenciadores da taxa de detecção de pólipos (TDP) em colonoscopias de rastreio num centro terciário. **Métodos:** Revisão retrospectiva de 1545 colonoscopias de rastreio index entre 2005 e 2009. Analisámos a influência dos seguintes factores na TDP: sexo, idade, qualidade da preparação intestinal, sedação, distribuição segmentar dos pólipos. **Resultados:** 1545 pacientes com idade média  $60 \pm 10$  anos, sem diferença significativa entre sexos (H  $61 \pm 10$  vs M  $60 \pm 9$ ). TDP global de 33%[503]. A TDP foi significativamente maior nos homens (H 44% vs M 25%, Odds ratio 2.3, IC 95% 1.8-2.9,  $p=0.0001$ ). A prevalência de pólipos  $> 1$ cm foi de 5%[82] e a sua prevalência foi maior nos homens (H 9% vs M 2%,  $p=0.002$ ). A TDP foi maior em pacientes com  $\geq 50$  anos (34%vs20%, Odds ratio 1.9 IC 1.3-2.9,  $p=0.0004$ ) e com boa preparação intestinal comparada a má/razoável (34%vs28%, Odds ratio 1.28 IC 95% 0.9-1.6,  $p=0.05$ ). Foram detectados mais pólipos em exames com sedação ligeira/profunda do que sem sedação (34% vs 32%, ns). Distribuição dos pólipos: cólon esquerdo 74%, cólon direito 31%, cólon transverso 17%. 26% dos pacientes com pólipos no cólon esquerdo tinham pólipos a montante. Pólipos no cólon esquerdo foram associados a risco relativo de 2.3 (IC 95% 1-2.9) para pólipos síncronos em outros segmentos. CCR foi detectado em 0.3%[5], 3 H e 2M; idade média 68. Destes, 2 (40%) tinham pelo menos um pólipo síncrono.

**Conclusão:** São detectados pólipos em 1/3 dos doentes submetidos a colonoscopia de rastreio. Sexo masculino, idade, pólipos do cólon esquerdo e qualidade da preparação intestinal são predictores significativos de taxa de detecção mais elevada.

110

**COLITE MICROSCÓPICA - REVISÃO DE 7 ANOS****Autores**

Pinto Pais T., Dias M., Couceiro A., Veloso R., Fernandes C., Fernandes S., Carvalho J., Fraga J.

**Instituição**

Centro Hospital de V. N. Gaia/Espinho - Serviço de Gastrenterologia

**Resumo**

**Introdução:** A colite microscópica (CM) foi descrita pela primeira vez há cerca de 30 anos, tem surgido como uma causa importante de diarreia crónica, mas ainda sub-diagnosticada sendo a sua prevalência pouco conhecida.



**Objectivo:** Caracterizar o grupo de doentes com diagnóstico de CM no serviço de Gastreenterologia no período entre 2004 e 2010.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo através da consulta dos processos clínicos, dados de colonoscopia e anatomia patológica, com o diagnóstico de Colite Microscópica, entre 2004 e 2010. Critérios de diagnóstico: diarreia aquosa crónica, mucosa do cólon normal, biopsias da mucosa cólica com deposição subepitelial de colágeno com 7-100mM de diâmetro (colite colagenosa) ou infiltrado subepitelial linfocitário, sem excesso de colagéneo (colite linfocítica).

**Resultados:** Identificados 20 casos de Colite Microscópica no período de estudado: 13 com Colite Linfocítica (65%) e 7 com Colite Colagenosa, com idade média de 52 anos (intervalo 4-80) e predomínio no sexo feminino (70%). Clinicamente apresentou-se como diarreia crónica aquosa, de curso predominantemente contínuo (80%) associada a dor abdominal em 30% e astenia em 15% dos casos. Sem alterações analíticas relevantes. A abordagem terapêutica foi feita com Messalazina [2-3g/dia, 4 semanas] em 35%, Budesonido [6-9mg/dia, 4-6 semanas] em 25%, e correcção isolada dos hábitos alimentares em 10%. Observou-se uma melhoria clínica total em 90% dos doentes, dois casos com melhoria parcial. As patologias associadas relevantes foram Doença Celíaca e Tiroidite (1 caso cada), associações descritas na literatura. Não se registou mortalidade.

**Conclusões:** A CM ocorre tipicamente nos indivíduos de meia-idade, podendo afectar as crianças. O diagnóstico e posterior orientação dependem de elevada suspeição clínica, requerendo a realização de biopsias da mucosa do cólon. É uma entidade de curso benigno, com boa resposta à terapêutica médica.

111

## ABORDAGEM DA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA AGUDA, O IMPACTO DA COLONOSCOPIA

### Autores

Küttner Magalhães R., Pedrote I., Magalhães M.J., Salgado M., Ferreira J.M., Areias J.

### Instituição

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto

### Resumo

**Introdução:** A hemorragia digestiva baixa (HDB) é cada vez mais, uma causa frequente de admissão hospitalar urgente, apresentando um espectro de gravidade desde o evento ligeiro e autolimitado até à hemorragia massiva. A colonoscopia é considerada o método diagnóstico de eleição na abordagem inicial da HDB. **Objectivos:** Identificação das causas de HDB e consequente abordagem endoscópica. **Material e métodos:** Análise retrospectiva dos dados relativos aos doentes referenciados para colonoscopia de urgência por HDB, suspeita ou confirmada, no

período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2010. Foram estudados as variáveis: idade, sexo, achados endoscópicos, eficácia e segurança da terapêutica endoscópica. **Resultados:** Incluídos 258 doentes, 50.8% do sexo feminino. A idade média foi de 69.4 anos (22-98 anos). Os diagnósticos mais frequentes foram: Doença Diverticular do Cólon, Neoplasia e Colite Isquémica, cada uma delas com uma percentagem de 12.8% (n=33), seguido pela patologia Ano-rectal 12.4% (n=32). A etiologia da hemorragia foi inconclusiva em 14.3% (n=37). Realizou-se terapêutica endoscópica em 15.1% (n=39) dos casos, a maioria (28.2%) por escara pós polipectomia, de forma eficaz e sem complicações. **Conclusões:** A colonoscopia de urgência proporciona informação diagnóstica relevante, permitindo intervenção terapêutica. As técnicas de hemostase endoscópica, têm vindo a ser utilizadas de forma mais vasta e frequente na abordagem da HDB aguda, sendo seguras e eficazes.

112

## FACTORES PREDITIVOS DE EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL NA COLITE ISQUÉMICA

### Autores

Saiote J., Ramos G., Costa M., Ramos J., Bentes T.

### Instituição

Serviço de Gastreenterologia. Hospital de Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central

### Resumo

**Introdução:** A colite isquémica [CI] é a forma mais comum de isquemia intestinal, compreendendo um largo espectro de formas de apresentação e evolução. É mais frequente em idades avançadas, estando associada a várias condições predisponentes. Na ausência de contra-indicação, a endoscopia digestiva baixa [EDB] é o método de escolha no diagnóstico. A terapêutica é habitualmente médica, reservando-se a cirurgia para casos de perfuração ou gangrena.

**Objectivo:** Definição de factores predictivos de evolução desfavorável (internamento prolongado, cirurgia ou morte) em doentes com CI submetidos a EDB no serviço de urgência.

**Material e Métodos:** Foram avaliados 46 doentes consecutivos (sexo feminino 67%, n=31) num período de 18 meses. Foram avaliados factores demográficos (idade, sexo), clínicos (doenças coexistentes; sinais e sintomas à admissão), laboratoriais (hemoglobina, leucócitos, proteína C reactiva [PCR], desidrogenase láctica [LDH]), endoscópicos (grau e local de lesões), imagiológicos (lesões em tomografia computadorizada) e evolutivos (dias de internamento, cirurgia e morte).

**Resultados:** A idade média foi de 76,3 anos (54-92). A maioria dos doentes apresentava à admissão hematoquémia (80%) e dor abdominal (56%). Verificaram-se lesões endoscópicas de grau I em 28% (13/46), grau II em 59% (27/46) e grau III em 13% (6/46).



Atingia o cólon esquerdo em 80% (37/46), cólon direito 7% (3/46) e pancolite 13% (6/46). O tempo médio de internamento foi de 13 dias (3-52). Três doentes (7%) necessitaram de intervenção cirúrgica e ocorreram três óbitos (7%).

Em análise univariada, foram factores preditivos de evolução desfavorável a idade (p:0,017), a pressão arterial média [PAM] à entrada (p:0,018), a hemoglobina [Hb] (p:0,005), PCR elevada (p:0,043) e a gravidade das lesões endoscópicas (p:0,06). Em análise multivariada foram factores de mau prognóstico a PAM (p:0,076) e a Hb (p:0,018).

**Conclusões:** A colite isquémica teve frequentemente um curso benigno. Factores clínicos, laboratoriais e endoscópicos correlacionaram-se com evolução desfavorável, particularmente a Hb e a PAM.

### 113 REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS MALIGNOS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

#### Autores

Inês Marques, Ana Catarina Lagos, Irene Martins, António Pinto, Beatriz Neves

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia II Hospital Pulido Valente Centro Hospitalar Lisboa Norte

#### Resumo

A remoção endoscópica pólipos malignos tem sido demonstrada segura, eficaz e benéfica em relação à cirurgia se estiverem presentes critérios favoráveis.

**Objectivo:** Demonstrar a eficácia da polipectomia endoscópica na terapêutica de pólipos malignos colo-rectais e descrever a experiência do Serviço de Gastrenterologia II.

**Método:** análise retrospectiva de 62 doentes (n=62) com remoção endoscópica de pólipos malignos que foram seguidos num período de, pelo menos, 5 anos (Janeiro de 1994 a Dezembro de 2010). Foram considerados pólipos de "alto risco" os casos de ressecção endoscópica incompleta, invasão do eixo venoso e/ou linfático, distância da margem de ressecção <2mm, adenocarcinoma indiferenciado ou produtor de muco. Foram analisados os casos de "alto risco" que recusaram cirurgia.

**Resultados:** A idade média foi de 63 anos (38-83 anos), sendo que 66% (41) correspondia a doentes do sexo masculino. Dois doentes tinham dois pólipos malignos, perfazendo um total de 65 pólipos. Todos os pólipos localizavam-se no cólon esquerdo, 46 (70,7%) na sigmoideia.

Dos pólipos com critérios de "alto risco" (26%=17), 9 foram submetidos a cirurgia, sendo que apenas num caso havia lesão residual na peça cirúrgica e metastização ganglionar. Dos restantes doentes não submetidos a cirurgia, não se verificaram recidivas locais nem metastização loco-regional ou à distância

em pelo menos 3 anos de follow up.

Nos doentes com pólipos com critérios de "baixo risco", não se verificou recidiva da lesão nem metastização.

**Conclusão:** A ressecção endoscópica de pólipos de "baixo" risco é segura e eficaz na prevenção da ocorrência de lesões coloreticais avançadas. Nos pólipos de "alto risco", a cirurgia poderá ser protelada se o risco se sobrepor ao benefício.

## POSTERS FÍGADO

### 114 CONTRIBUTO DA PROTEÓMICA NA COMPREENSÃO DA PATOGENIA MOLECULAR PROXIMAL DA DOENÇA CEREBRAL ALCOÓLICA

#### Autores

Jorge Peneda<sup>1</sup>, Nuno Charro<sup>2,3</sup>, Brian L. Hood<sup>2</sup>, Aidil Fonseca<sup>1</sup>, Farid Zerimech<sup>4</sup>, Manuela Hagenfeldt<sup>1</sup>, Filomena Gomes<sup>1</sup>, Domingos Neto<sup>5</sup>, Thomas P. Conrads<sup>2</sup>, Deborah Penque<sup>3</sup>

#### Instituição

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, <sup>2</sup>Cancer Biomarkers Facility and Mass Spectrometry Platform, Department of Pharmacology & Chemical Biology, University of Pittsburgh School of Medicine, USA; <sup>3</sup>Department of Biochemistry, Faculty of Medicine, Lille, France; <sup>4</sup>CRAS.

#### Resumo

O avanço técnico instrumental no estudo da Proteómica permite aprofundar a interpretação da patogenia molecular de múltiplas doenças. Na doença degenerativa cerebral o mecanismo patogénico inflamatório crónico e imunológico tem sido consensual como será o caso deste órgão alvo preferencial estrutural e funcional em circuitos neuronais susceptíveis na doença alcoólica crónica. A perda da quiescência da impermeabilidade da barreira hemato-encefálica na D alcoólica, torna acessível o estudo de marcadores moleculares proteicos no sangue periférico, com o apoio da bioinformática e cuidado escrutíneo abrangente bibliográfico de proteínas selectivas individuais explícitas e, implícitas intervenientes directas/indirectas na disfunção bioquímica da nevrógia (gliose) e da transmissão neural. **Objectivo:** Valorização interpretativa no comportamento do complexo perfil proteómico electivo na patogenia molecular da doença cerebral sob efeito pró imunoinflamatório sistémico do metabolismo do etanol e endotoxémia na doença cerebral alcoólica (DCA). **Material e métodos:** Estudo longitudinal de 27 doentes com alcoolismo crónico activo (T0) e valorização comparativa com abstinência controlada (T1) terapêutica, psicologia de grupo e dieta standardizada em dois subgrupos: (A n=17)

com elevados níveis relativos de indicadores de stresse oxidativo/nítrico versus (B n=10) com baixos níveis destes indicadores. Métodos laboratoriais – proteómica e bioquímica descrita pelos autores em 4th EuPA Scientific Meeting, A Proteomics Odyssey Towards Next Decades, Estoril, PORTUGAL, October 23-27 2010:110-111. Resultados Sintéticos: Frequência de rácios A/B: 54.2% de 354 proteínas totais discriminadas têm influência directa/indirecta no SNC. Do total, 51.8% aumentadas e 53.1% diminuídas. Evolução de rácios sob abstinência em cada grupo: AT0/AT1 de 146 proteínas 40.4% diminuídas e 59.6% aumentadas; BT0/BT1 de 130 proteínas 50.8% diminuídas e 49.2% aumentadas; e ainda valorização funcional discriminada de proteínas individuais do total de 340. **Conclusões:** O stresse oxidativo/nítrico altera o perfil proteómico quantitativo e qualitativo sob consumo activo com indicadores moleculares múltiplos para um estado global pró-inflamatório e pró-apoptico (glicose e degenerescência neural). A reversibilidade clínica parcial é acompanhada por variações evolutivas quantitativas e qualitativas do perfil proteómico o que permite valorizar a importância do stresse oxidativo/nítrico como indução patogénica molecular proximal na degenerescência da [DCA].

#### 115 QUAIS OS FACTORES DE RISCO PARA A PRESENÇA DE NASH EM OBESOS MÓRBIDOS COM NAFLD?

##### Autores

Fernandes A.<sup>1</sup>, Ferreira R.<sup>1</sup>, Carvalheiro J.<sup>1</sup>, Agundez M.<sup>2</sup>, <sup>1</sup>Ferreira M.<sup>1</sup>, Coelho A.<sup>2</sup>, Figueiredo A.<sup>2</sup>, Gomes P.<sup>3</sup>, Campos MJ.<sup>1</sup>

##### Instituição

<sup>1</sup>Serviços de Gastroenterologia, <sup>2</sup>Medicina Interna e <sup>3</sup>Cirurgia Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

##### Resumo

**Introdução:** A presença de esteatohepatite não alcoólica (NASH) nos doentes com fígado gordo não alcoólico (NAFLD) constitui um marcador de risco para o desenvolvimento de complicações. Assim, a identificação de factores associados à presença de NASH poderia ajudar a seleccionar os doentes que necessitariam de vigilância mais rigorosa.

**Objectivos:** Caracterizar uma população de doentes com obesidade mórbida, complicada de NAFLD, identificando factores de risco clínicos e/ou analíticos para o desenvolvimento de NASH.

**Doentes e Métodos:** Incluídos, retrospectivamente, 81 doentes (Sexo feminino-49; média etária-39,2±8,8 anos; IMC médio-54±9,7 Kg/m<sup>2</sup>), submetidos a "Duodenal Switch", com biopsia hepática per-operatória e controlo analítico no momento da intervenção. Efectuada classificação da NASH segundo os critérios da "NIH-NAFLD Clinical Research Network". Avaliados: idade, raça, sexo, IMC, perímetro abdominal, comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2-DMt2, hipertensão arterial-HTA, dislipidemia,

síndrome da apneia obstrutiva do sono-SAOS), presença de síndrome metabólica, níveis séricos de colesterol, triglicéridos, transaminases, plaquetas, albumina, bilirrubina total, fosfatase alcalina(FA), GGT e glicémia em jejum. Efectuada análise estatística univariada e multivariada (SPSS v 18.0).

**Resultados:** Todos os doentes apresentavam esteatose hepática (ligeira-22,2%; moderada-54,3%; severa-23,5%), com esteatohepatite em 25,9% e fibrose em 51,9%. Estavam presentes comorbilidades em 88,9% dos doentes (DMt2-22%; HTA-77%; Dislipidemia-25%; SAOS-65%) e síndrome metabólica em 83%. Na análise univariada, estavam associados a risco acrescido de NASH (p<0,05): a presença de DMt2, HTA e SAOS; valores mais elevados de idade, AST, ALT, GGT e glicémia em jejum e valores mais baixos de plaquetas. Na análise multivariada, estavam associados a risco acrescido de NASH a presença de DMt2, SAOS e elevação de AST.

**Conclusões:** A NAFLD é uma complicação comum da obesidade mórbida, com presença de NASH em mais de 1/4 dos doentes. Os doentes com DMt2, SAOS e valores mais elevados de AST apresentam risco mais significativo de desenvolver NASH e devem ser alvo de maior vigilância.

#### 116 TENOFIVIR NA HEPATITE B CRÓNICA: ANÁLISE DO SEU PERFIL DE EFICÁCIA E SEGURANÇA NA VIDA REAL

##### Autores

Susana Rodrigues, Hélder Cardoso, Filipe Vilas Boas Silva, Susana Lopes, J Alexandre Sarmento, Pedro Pereira, Regina Gonçalves, Ana Maria Horta e Vale, Guilherme Macedo

##### Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Hospital S. João, Porto

##### Resumo

**Introdução:** O tratamento da hepatite B crónica poderá ser vitalício na maioria dos doentes, pelo que a alta eficácia e segurança dum esquema terapêutico é crucial. Os ensaios clínicos do tenofovir disoproxil fumarate (TDF) demonstraram um bom perfil de segurança e propriedades anti-víricas potentes.

**Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente 81 doentes tratados com TDF por hepatite B crónica no nosso serviço entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2010. Avaliaram-se parâmetros de eficácia e segurança e dados demográficos e clínicos destes doentes, incluindo terapêuticas prévias, genótipo, perfil de resistências e evolução da viremia e ALT. **Resultados:** A maioria dos doentes eram do sexo masculino 68% e a idade média foi 49+ 15 anos. A duração de tratamento média foi 14+6 meses. Os doentes eram HBeAg positivos em 24,7% e o genótipo D foi o mais frequente (78%). A cirrose e o carcinoma hepatocelular foram detectados em 21% e 6% dos doentes, respectivamente. Cerca de 25% dos doentes eram na?ves à terapêu-

tica anti-vírica. Foram obtidas descidas significativas de viremia ( $p=0,006$ ) e níveis de ALT ( $p < 0,001$ ) durante o tratamento, mas sem diferenças significativas entre os doentes HBeAg positivos e negativos, os doentes com ou sem cirrose e os doentes na?ve ou experimentados. As taxas de filtração glomerular MDRD (TFG MDRD) dos doentes com mais de 50 anos diminuíram durante o tratamento ( $p=0,015$ ) com redução da dose num caso. Não houve uma redução significativa dos níveis de fósforo sérico. Apenas 1 doente foi considerado intolerante ao fármaco por manifestações digestivas. **Conclusões:** O TDF diminuiu significativamente a viremia e níveis de ALT num grupo heterogéneo de doentes com hepatite B crónica. Não se verificaram descidas significativas da fosfatemia e as TFG diminuíram no grupo de doentes com  $> 50$  anos.

117

### OSTEODISTROFIA NA CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA

#### Autores

Ferreira R., Torres J., Carvalheiro J., Fernandes A., Pereira M.J., Giestas S., Ferreira M., Mendes S., Agostinho C., Campos M.J.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

#### Resumo

**Introdução:** A osteodistrofia hepática permanece uma complicação pouco reconhecida da cirrose hepática alcoólica (CHA).

**Objectivos:** Determinar a prevalência e identificar factores de risco da osteodistrofia hepática em doentes com CHA.

**Material e métodos:** Incluídos consecutivamente 29 doentes com CHA de Setembro de 2010 a Fevereiro de 2011. Foram excluídas mulheres na pós-menopausa. Os doentes realizaram densitometria óssea e a presença osteoporose e osteopenia foi definida pelo score  $T < -2,5$  e  $-2,5 < T < -1$ , respectivamente. Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), valores séricos de bilirrubina, fosfatase alcalina e gama glutamiltransferase, a gravidade e a duração da doença. Na análise estatística foram utilizados os testes não paramétricos, Fisher's Exact Test e T student.

**Resultados:** Dos 29 doentes, 86% eram homens com idade média de  $59 \pm 12$  anos. O valor médio de IMC foi de  $28,1 \pm 5,2$  kg/m<sup>2</sup>. Score médio de Child:  $6,2 \pm 1,9$  e de MELD:  $12,1 \pm 5,4$ . Duração média do diagnóstico de cirrose:  $2,5 \pm 1$  anos. Média dos valores séricos de bilirrubina:  $36,8 \pm 73,6$  mol/L, de fostase alcalina:  $117,8 \pm 63,3$  U/L e de gama glutamiltransferase:  $165,7 \pm 234,6$  U/L. Apresentaram osteoporose 24,1% (7/29) dos casos e osteopenia 44,8% (13/29). Não se constatou diferença estatisticamente significativa entre a presença de osteoporose /osteopenia e o sexo, idade, IMC, score de Child, score de MELD, duração da cirrose, valores séricos de bilirrubina, fosfatase alcalina e gama glutamiltransferase.

**Conclusão:** A osteodistrofia hepática foi diagnosticada na maioria dos doentes com CHA (58,6%). A falha na identificação de factores preditivos de osteoporose ou osteopenia permite concluir que todos os doentes com CHA são susceptíveis de desenvolver esta complicação, motivo pelo qual deverão realizar densitometria óssea independentemente do grau de insuficiência hepática, da presença de colestase ou da duração da doença.

118

### FACTORES PREDITIVOS DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: QUAL O PAPEL DA HIPONATRÉMIA?

#### Autores

Carvalheiro J., Ferreira R., Fernandes A., Torres J., Pereira M.J., Giestas S., Mendes S., Ferreira M., Agostinho C., Panão E., Campos M.J.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

#### Resumo

**Introdução:** A Encefalopatia Hepática (EH) é uma complicação associada a estadios avançados de Cirrose Hepática (CH). A hiponatremia tem sido recentemente relacionada com a depleção de substâncias osmolares das células cerebrais (ex: mioinositol), condicionando edema celular e, associadamente, EH.

**Objectivos:** Identificar factores preditivos de EH. Avaliar a relação entre hiponatremia e EH.

**Material:** Incluídos consecutivamente 54 doentes admitidos por CH alcoólica descompensada durante o ano de 2010. Constituídos dois grupos: com EH (casos) e sem EH (controlo). Foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, sexo, valores de sódio (Na), potássio (K), ureia (U), creatinina (Cr) e bilirrubina total (BT). Análise estatística com o programa informático SPSS.

**Resultados:** Analisados 54 doentes, 85,1% do sexo masculino com média de idades de  $62,3$  anos ( $\pm 12,1$ ). Verificadas 64 admissões hospitalares, das quais 34 (53%) de doentes com EH e 30 (47%) sem EH. Da análise univariada das variáveis estudadas constatou-se a ausência de significado estatístico entre EH e idade, sexo e BT. Verificou-se uma elevação dos valores de U, Cr e K no grupo de doentes com EH relativamente ao grupo controlo, embora sem diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. O valor médio de Na foi de  $133,8$  U/L nos doentes com EH e de  $136,6$  U/L no grupo controlo, não existindo significância estatística entre os grupos. Registou-se uma diminuição dos valores de Na com o aumento da gravidade da EH, igualmente sem significado estatístico.

**Conclusão:** Neste grupo de doentes, embora não tenham sido identificados factores preditivos de EH, a tendência observada poderá justificar novo estudo com um maior tamanho amostral.

119

**INFLUÊNCIA DA INFLAMAÇÃO CRÓNICA NA DUREZA HEPÁTICA MEDIDA PELO FIBROSCAN®****Autores**

Soares J.B., Caetano A.C., Ferreira A., Gonçalves B., Rolanda C., Gonçalves R.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Braga

**Resumo**

**Introdução:** Vários estudos demonstraram que a inflamação hepática aguda aumenta a dureza hepática medida pelo Fibrosan® (FS). No entanto, os dados sobre os efeitos da inflamação hepática crónica são escassos e provenientes de estudos que utilizaram o valor da ALT com indicador da inflamação.

**Objectivo:** Determinar o efeito da inflamação hepática crónica, avaliada por biópsia hepática, na dureza hepática medida pelo FS.

**Métodos:** Avaliámos, retrospectivamente, doentes com hepatite vírica crónica que realizaram simultaneamente FS e biópsia hepática (BH), analisada segundo a classificação Metavir. Os doentes foram divididos em 2 grupos segundo o grau de inflamação (G) na BH: grupo A-doentes com  $G < 2$ ; grupo B-doentes com  $G \geq 2$ . Comparámos a dureza hepática média dos dois grupos para o mesmo estadió de fibrose (Metavir  $F < 2$  e  $F \geq 2$ ) e a AUROC (area under receiver operating characteristic) do FS para o diagnóstico de fibrose significativa ( $F \geq 2$ ).

**Resultados:** Foram incluídos 104 doentes (70 com VHB e 34 com VHC). No grupo A foram incluídos 63 doentes (52 com  $F < 2$  e 11 com  $F \geq 2$ ) e no grupo B 41 doentes (13 com  $F < 2$  e 28 com  $F \geq 2$ ). Não se registaram diferenças significativas entre os dois grupos quanto à dureza hepática média para  $F < 2$  (grupo A:  $6,5 \pm 4,9$  kPa; grupo B:  $6,5 \pm 2,4$  kPa;  $p > 0,05$ ), nem para  $F \geq 2$  (grupo A:  $9,8 \pm 4,9$  kPa; grupo B:  $10,4 \pm 5,0$  kPa;  $p > 0,05$ ). A AUROC do FS para o diagnóstico de  $F \geq 2$  foi semelhante nos 2 grupos (grupo A: AUROC-0,69; grupo B: AUROC-0,73;  $p > 0,05$ ). Numa análise multivariada (estadió de fibrose, grau de inflamação e ALT) apenas o estadió de fibrose se correlacionou significativamente ( $r=0,48$ ; IC95%: 0,31-0,61) com a dureza hepática medida pelo FS.

**Conclusão:** Na hepatite vírica, a inflamação hepática crónica não afecta de forma significativa a dureza hepática medida pelo FS, nem a capacidade do FS para o diagnóstico de fibrose significativa.

120

**A ELASTOGRAFIA DINÂMICA NOS PORTADORES INACTIVOS DO VÍRUS DA HEPATITE B****Autores**

Magalhães MJ, Pedroto I, Magalhães R, Salgueiro P, Ferreira JM, Areias J

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia, CHP- Hospital de Santo António

**Resumo**

**Introdução:** A história natural dos portadores inactivos do vírus da hepatite B (VHB) não está claramente definida. Apesar da biópsia hepática constituir o "gold standard" da avaliação da fibrose e consequentemente do seu carácter evolutivo, não deixa de ser um procedimento invasivo e controverso neste sub-grupo de doentes.

**Objectivo:** Análise da aplicabilidade e reprodutibilidade da elastografia dinâmica nos portadores inactivos do VHB.

**Métodos:** A elastografia dinâmica foi efectuada com o ecógrafo EUB-8500 com a sonda 6.5-MHz linear, Hitachi Medical Systems®, ao nível dos espaços intercostais direitos num coorte de trinta e oito portadores inactivos do VHB, (categorizados após determinações seriadas trimestrais da ALT sérica e do ADN VHB durante 1 ano).

Todos os exames foram realizados por dois médicos, de forma independente. Foi calculado o índice de fibrose hepática, com valores médios de fibrose de 2,48 (mínimo=1,22, máximo=6,23). O grau de concordância entre os clínicos foi de 96%.

**Resumo:** A elastografia dinâmica parece revelar-se promissora no grupo de portadores inactivos do VHB nos quais impera a necessidade de maior clarificação da dinâmica da sua história natural.

Os dados obtidos, ainda que preliminares, permitem-nos afeirir que as aplicações da elastografia dinâmica irão concertiza adquirir uma maior sustentabilidade na prática clínica futura, quando testada em grandes séries e comparada com outros métodos, nomeadamente a elastografia transitória.

121

**ACUIDADE DO FIBROSCAN® E TESTES SÉRICOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ESTADIOS PRECOCES DE FIBROSE HEPÁTICA****Autores**

Soares J.B., Ferreira A., Caetano A.C., Gonçalves B., Rolanda C., Gonçalves R.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Braga

**Resumo**

**Introdução:** A avaliação não invasiva da fibrose hepática através do Fibrosan® (FS) e testes séricos tem ganho grande popularidade na prática clínica. No entanto, existe grande controvérsia sobre a acuidade destes métodos para o diagnóstico de estadios precoces de fibrose hepática.

**Objectivo:** Avaliar a acuidade diagnóstica do FS e 4 testes séricos (APRI, Fib-4, índice de Forns e Fibroindex) para o diagnóstico de fibrose e fibrose significativa, em doentes com hepatite vírica crónica.

**Métodos:** Estudo retrospectivo com 104 doentes (62 do sexo masculino) com hepatite vírica crónica (70 com VHB e 34 com VHC) que realizaram, simultaneamente, avaliação analítica, FS e biópsia hepática. Definiu-se fibrose como Metavir F $\geq$ 1 e fibrose significativa como Metavir F $\geq$ 2. Comparou-se a AUROC (area under receiver operating characteristic) dos 5 métodos não-invasivos para o diagnóstico de F $\geq$ 1 e F $\geq$ 2.

**Resultados:** A idade média dos doentes foi de 43 $\pm$ 13 anos e o IMC de 25,3 $\pm$ 3,7 kg/m<sup>2</sup>. Oitenta doentes (77%) apresentavam F $\geq$ 1 e 39 (38%) doentes apresentavam F $\geq$ 2. A AUROC dos 5 métodos não invasivos para o diagnóstico de F $\geq$ 1 foi modesta e não diferiu significativamente entre os vários métodos (AUROC 0,65 a 0,68; p>0,05). A AUROC dos 5 métodos não invasivos para o diagnóstico de F $\geq$ 2 não diferiu significativamente relativamente à AUROC para F $\geq$ 1 e foi semelhante entre os vários métodos (AUROC 0,63-0,73; p>0,05). Utilizando o método de regressão logística binária, verificámos que a associação dos vários métodos não aumentou significativamente a acuidade diagnóstica para F $\geq$ 1 (AUROC 0,66-0,69; p>0,05), nem para F $\geq$ 2 (AUROC 0,65-0,73; p>0,05).

**Conclusão:** A acuidade dos métodos analisados para o diagnóstico de F $\geq$ 1 e F $\geq$ 2, quando usados isolada ou associadamente, não é satisfatória, pelo que não podem substituir a biópsia hepática no diagnóstico de estádios precoces de fibrose hepática.

122

### TROMBOSE DA VEIA PORTA NÃO CIRRÓTICA: APRESENTAÇÃO CLÍNICA, ETIOLOGIA, COMPLICAÇÕES E PROGNÓSTICO.

#### Autores

Carlos Noronha Ferreira, Paula Alexandrino, Fernando Ramalho, José Velosa

#### Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte

#### Resumo

**Introdução:** A trombose da veia porta (TVP) é a causa mais frequente de hipertensão portal (HTP) pré-hepática. **Objectivos:** Caracterizar a apresentação clínica, etiologia, complicações e prognóstico em doentes com TVP. **Material e métodos:** Avaliámos retrospectivamente 40 doentes com TVP não associada à cirrose hepática. Estudamos as diferenças na apresentação clínica, manifestações e complicações relacionadas com HTP entre doentes com TVP aguda e cavernoma. **Resultados:** A idade média era 51 $\pm$ 15 anos, sendo 53%(21) homens. A TVP aguda foi diagnosticada em 48%(19) e cavernoma da porta em 52%(21) doentes. Verificaram-se trombozes concomitantes da veia esplénica em 40%(17) e veia mesentérica superior em 18%(7). Na altura do diagnóstico, 93%(37) doentes estavam sintomáticos. Apresentação clínica: Dor abdominal-50%(20), he-

morragia digestiva alta (HDA) por HTP-48%(19), febre-30%(12), outros-24%(9). A HDA por HTP foi mais frequente na cavernoma da porta (67%vs26%) enquanto que a dor abdominal (24%vs79%) e febre (19%vs42%) foram mais na TVP aguda.

Detectou-se um factor etiológico em 85%(34) e  $\geq$ 2 factores etiológicos em 28%(11) doentes. Factores etiológicos: trombofilia adquirida-33%(14), trombofilia genética-5%(2), factor local-53%(21). Em 32%(6/19) mulheres, verificou-se utilização de contraceptivos orais. A anticoagulação em 49%(19/39) resultou em recanalização da veia porta em 26%(5/19).

Documentaram-se manifestações de HTP em 78%(31/40) doentes: varizes esofágicas-74%(28/38), varizes gástricas-47%(18/38), varizes ectópicas-29%(11/38), gastropatia hipertensiva-53%(20/38), hiperesplenismo-43%(16/37), ascite-28%(11/40).

A duração mediana de seguimento foi 51,8(CIQ:13,9-78,2) meses. Complicações relacionadas com HTP documentadas em 69%(27/39) doentes foram: rotura de varizes-55%(21/38), ascite-33%(13/39), hiperesplenismo-30%(11/37), lesão ocupando espaço hepático-18%(7/38). A taxa de sobrevida foi de 95%(37/39) estando os óbitos relacionados com neoplasias.

**Conclusões:** A dor abdominal na TVP aguda e a HDA na cavernoma da porta são as principais apresentações clínicas. As manifestações e complicações relacionadas com HTP são frequentes na cavernoma da porta. O prognóstico a longo prazo é excelente.

123

### FACTORES DE PROGNÓSTICO DA MORTALIDADE NA HEMORRAGIA POR VARIZES ESOFÁGICAS

#### Autores

Magalhães J., Leite S., Cotter J.

#### Instituição

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

#### Resumo

**Introdução:** A hemorragia por varizes esofágicas é uma emergência médica com uma significativa taxa de mortalidade, apresentando modelos prognósticos imperfeitos.

**Objectivos:** Avaliação dos factores de prognóstico da mortalidade às 6 semanas em pacientes cirróticos com hemorragia por varizes esofágicas.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos registos clínicos dos doentes admitidos com hemorragia por varizes esofágicas entre Janeiro 2008 e Janeiro de 2011. Foram estudados os parâmetros clínicos e laboratoriais e sua relação com a mortalidade usando o teste exacto de Fisher. Considerou-se o nível de significância p<0,05.

**Resultados:** O estudo incluiu 75 pacientes (idade média 59 $\pm$ 12,6 anos; 78,7% sexo masculino), 32 tinham hemorragia

activa no momento da endoscopia de urgência, 86,7% dos casos (65 casos) a doença tinha etiologia alcoólica. A mortalidade global às 6 semanas foi de 20% (15 pacientes).

A análise inferencial mostrou que a presença de encefalopatia ( $p < 0,002$ ), ascite ( $p < 0,001$ ), hemorragia activa na endoscopia ( $p < 0,003$ ) e classe Child-Pugh C ( $p < 0,039$ ) influenciaram significativamente a mortalidade às 6 semanas. A idade  $\geq 65$  anos ( $p = 0,123$ ), score de MELD  $\geq 18$  ( $p = 1,000$ ), varizes esofágicas grandes ( $p = 0,439$ ), recidiva hemorrágica ao 5º dia ( $p = 0,215$ ), instabilidade hemodinâmica na apresentação ( $p = 0,289$ ), albumina  $\geq 3,5$ g/dL ( $p = 0,722$ ), bilirrubina  $> 3$ mg/dL ( $p = 0,747$ ), unidades de GR transfundidas  $\geq 2$  ( $p = 1,000$ ), plaquetas  $\leq 100$ /ml ( $p = 1,000$ ) e hemoglobina à admissão  $\leq 8$  g/dL ( $p = 0,570$ ) não apresentaram uma associação significativa com a mortalidade. Nos doentes com hemorragia activa na endoscopia de urgência verificamos que o tipo de tratamento vasopressor [terlipressina ( $n = 27$ ) Vs octreotido ( $n = 5$ )] ( $p = 1,000$ ) e o tratamento endoscópico [esclerose ( $n = 18$ ) Vs laqueação elástica ( $n = 14$ )] ( $p = 0,277$ ) não influenciaram significativamente a mortalidade às 6 semanas.

**Conclusão:** No presente estudo, a sobrevida às 6 semanas dos pacientes com hemorragia por varizes esofágicas foi influenciada de forma significativa pela presença de ascite, encefalopatia, hemorragia activa na endoscopia de urgência e classe Child-Pugh C.

124

#### DURABILIDADE DA RESPOSTA VIRAL AOS 24 MESES NOS DOENTES COM INFECÇÃO CRÓNICA PELO VÍRUS DA HEPATITE C

##### Autores

Graça Rodrigues C., Ricardo L., Folgado Alberto S., Martins A., Félix J., Figueiredo A., Ramos Deus J.

##### Instituição

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

##### Resumo

**Introdução:** O principal objectivo do tratamento dos doentes com infecção crónica pelo Vírus da Hepatite C (VHC) é alcançar Resposta Viral Mantida (RVM), definida pela incapacidade de detectar o RNA do vírus no soro 6 meses após a conclusão da terapêutica. Mas os dados disponíveis na literatura acerca da durabilidade da resposta viral nos doentes que apresentam RVM são limitados e, embora raros, há casos descritos de recidiva tardia, nomeadamente nos primeiros 2 anos após a conclusão da terapêutica, pelo que RVM não é garantia de erradicação do VHC.

**Objectivo:** Avaliar se a manutenção da resposta viral aos 24 meses após a terapêutica pode ser considerada um critério de cura.

**Métodos:** Os doentes com infecção crónica pelo VHC que alcançaram RVM e cuja resposta viral persistia ao fim de 24 meses após a terapêutica foram reavaliados, com determinação

das transaminases hepáticas (TGO e TGP) e do RNA viral no soro. A determinação do RNA do VHC foi feita com COBAS TaqMan HCV test v 2.0.

**Resultados:** Foram incluídos 62 doentes, 46 do sexo masculino, com infecção por VHC genotipo 1 ( $n = 23$ ) (37,1%), genotipo 2 ou 3 ( $n = 37$ ) (59,7%) ou genotipo 4 ( $n = 2$ ) (3,2%), incluindo um doente com co-infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. Doze doentes (19,4%) tinham transaminases normais e 2 doentes (3,2%) apresentavam cirrose hepática na altura do tratamento. Os doentes foram submetidos ao esquema terapêutico em vigor à data da sua realização. O seguimento médio foi de 60,3 meses (36-132 meses). Não se observou recorrência da infecção pelo VHC em nenhum dos doentes, que mantiveram os valores de transaminases persistentemente normais e RNA do VHC indetectável no soro.

**Conclusão:** De acordo com a nossa experiência, a resposta viral aos 24 meses após conclusão da terapêutica é durável e deve ser considerada um critério de cura.

125

#### AVALIAÇÃO DA (DIS)FUNÇÃO ENDÓCRINA NUM GRUPO DE DOENTES CIRRÓTICOS ADMITIDOS NUMA ENFERMARIA DE GASTRENTEROLOGIA

##### Autores

Arroja B., Carvalho R., Maurício H., Almeida N., Melo M., Sofia C.

##### Instituição

Serviço de Gastrenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

##### Resumo

**Introdução:** A cirrose hepática é uma doença que pode ser acompanhada por distúrbios endocrinológicos múltiplos, nem sempre fáceis de avaliar na prática clínica. **Objectivos:** Avaliar o grau de disfunção endócrina em doentes com cirrose hepática. Doentes e **Métodos:** Estudo prospectivo, envolvendo doentes internados numa enfermaria de gastrenterologia, entre 18/01/2010 a 02/03/2011. Foram avaliados a idade, etiologia da cirrose, classificação Child-Pugh e MELD, descompensação da patologia de base justificando o internamento, doseamentos hormonais e proteicos (T3 livre, T4 livre, TSH, insulina em jejum, testosterona, pré-albumina, transferrina, anticorpos anti-tiroperoxidase, anticorpos anti-tiroglobulina), cálculos dos scores HOMA (modelo de avaliação da homeostase) e QUICKI (índice quantitativo de sensibilidade à insulina). **Resultados:** Incluídos 19 doentes (todos do sexo masculino; Média etária-56,9 $\pm$ 10,1 anos). Etiologia da cirrose: álcool-89,4%, autoimune-5,3%, vírus-5,3%. Classificação Child Pugh: A-15,8%, B-36,8%, C-47,4%. MELD: 19,8 $\pm$ 5,8. Descompensação de cirrose: ascite-68,4%; encefalopatia porto-sistémica-42,1%; hemorragia digestiva alta-31,6%; peritonite bacteriana espontânea-26,3%. Doentes diabéticos: 21,1%. Doseamentos hormonais: Testosterona total média-1,9



ng/mL (mín 0,5; máx 4,0; hipotestosteronemia em 68,4%), TSH média-2,64  $\mu$ U/mL (mín 1,2; máx 4,1), T3 livre-4,62 pg/mL (mín 1,8; máx 23,0; hipotiroidismo em 10,5%), T4 livre-1,36 ng/dL (mín 1,0; máx 1,6), anticorpos anti-tiroglobulina normais em 94,7% dos casos. Doseamentos proteicos: hipo-préalbuminemia em 89,5% com valor médio de 0,084 g/L (mín 0,04; máx 0,22), hipotransferrinemia em 57,9% com valor médio de 1,81 g/L (mín 1,14; máx 3,11). HOMA >3,04 em 52,9% com valor médio de 4,12; QUICKI >0,32 em 35,3% com valor médio de 0,32. **Conclusões:** Registou-se na amostra avaliada um predomínio de cirróticos em estadios avançados e com descompensações diversas da doença de base. O distúrbio hormonal mais frequente foi o défice de testosterona, seguido das alterações da homeostase e da sensibilidade à insulina. Estes achados são acompanhados de um pobre estado nutricional, traduzido por baixos níveis de pré-albumina e transferrina.

infecciosas: sangue – 17,8%; urina – 11,6%; expectoração – 10,5%; infecção de necrose e/ou abscesso – 9,8%; outras infecções – 10,9%. Terapêutica médica: carbapenemos – 69,1%; fluoroquinolonas – 23,6%; Piperacilina-Tazobactam – 12,7%; metronidazole – 11,6%; vancomicina – 14,5%; aminas – 24,5%; Dieta parentérica – 17,8%; dieta entérica – 5,8%; ventilação assistida – 20,7%; diálise/hemofiltração – 10,2%; CPRE – 13,5%; plasmáferese – 2,9%. Outras terapêuticas: cirurgia – 9,8% (tempo até à cirurgia 26,2  $\pm$  20,0 dias); punção percutânea – 10,9%. Taxa de mortalidade hospitalar – 23,3%. Factores de mau prognóstico: idade >69 anos, etiologia etílica, falência orgânica, necrose, abscesso, intervenção cirúrgica nos primeiros 18 dias. **Conclusões:** a PA severa é uma doença responsável por elevado número de internamentos em UCIGE. A taxa de mortalidade é elevada e a necessidade de cirurgia relativamente baixa. O internamento precoce em UCIGE poderá melhorar o prognóstico global dos doentes, nomeadamente idosos com falência orgânica.

## POSTERS PÂNCREAS E VIAS BILIARES

126

### O IMPACTO DOS CUIDADOS INTENSIVOS DE HEPATO-GASTROENTEROLOGIA (UCIGE) NA PANCREATITE AGUDA SEVERA

#### Autores

Arroja B., Romãozinho J.M., Cardoso R., Almeida N., Ferreira M., Amaro P., Sofia C.

#### Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Hospitais da Universidade da Coimbra

#### Resumo

**Introdução:** a pancreatite aguda (PA) severa é uma patologia sistémica com taxas de morbilidade e mortalidade (8-39%) significativas. **Objectivos:** caracterizar doentes admitidos numa UCIGE por PA. **Material e Métodos:** avaliados 275 casos (H/M=152/123; 64,3 ( $\pm$ 18,1) entre 01/Fevereiro/1998 e 31/Dezembro/2010. Proveniência dos doentes: Urgência – 42,5%; Enfermaria de gastroenterologia 24,4%; outras enfermarias – 13,5%; outro hospital – 19,6%. Tempo de internamento 9,0 $\pm$ 10,7 dias. Avaliado valor prognóstico de critérios clínicos e analíticos. Análise estatística com SPSS® 16.0. Usados testes  $\chi^2$ , T de Student e Mann-Whitney. **Resultados:** Etiologias: litiase – 45,8%, álcool – 23,6%, hipertrigliceridémia – 7,3%, iatrogénica – 3,6%, fármacos – 1,7%, indeterminada 17,8%. Critérios de Ranson  $\geq$ 3 – 71,3%; Critérios de Atlanta: Disfunção orgânica (choque – 22,5%; insuficiência respiratória – 57,8%; insuficiência renal – 40,0%); complicações locais (necrose – 25,1%; pseudoquisto – 18,2%; abscesso – 9,8%). Outros critérios de gravidade: hematócrito >44% à admissão – 24,4%; PCR às 48h >15 mg/dL – 71,6%. Complicações

127

### PANCREATITE AGUDA CASUISTICA DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA

#### Autores

Giestas S., Ferreira R., Carvalheiro J., Fernandes A., Agostinho C., Mendes S., Mesquita R., Panão E., Campos M.J.

#### Instituição

CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA, EPE

#### Resumo

**Introdução:** Na maioria dos doentes (85-90%) com pancreatite aguda (PA) a doença é ligeira a moderada com resolução completa após tratamento médico. A determinação de factores preditivos de prognóstico num período inicial da doença assume extrema importância na abordagem terapêutica.

**Objectivos:** avaliar características clínicas, laboratoriais e imagiológicas, etiologia e prognóstico da PA.

**Doentes e métodos:** análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados com diagnóstico de PA no período compreendido de 01/01/2009 a 31/12/2010.

**Resultados:** diagnosticados 85 casos, idade média de 62,6 $\pm$ 18,8 anos, 52,9% sexo feminino. Em 69,4% foi 1º episódio de PA. Apresentação clínica mais comum: 80% dor região epigástrica, irradiação em 64%; 52% náuseas/vómitos. Amilase média no diagnóstico 883,5 $\pm$ 776,1UI e lipase 7607,7 $\pm$ 8716,6UI. Ecografia realizada na admissão: edema pancreático (n=12), colecção peripancreática (n=2); litíase vesicular (n=11), dilatação VBP (n=17), coledocolitíase (n=15), lama biliar (n=4). TC abdominal realizada (admissão e durante internamento) em 53 doentes: edema pancreático (n=12), colecção líquida única (n=5);  $\geq$ 2 colecções líquidas (n=2); pseudoquisto (n=1). Nenhum doente apresentou necrose. Etiologia: 35,3% biliar; 27,1% etílica; 21,2% idio-

pática; 7,1% pós-CPRE; 4,7% neoplásica; 3,5% hipertrigliceridemia; 1,1% medicamentosa. Score de Ranson  $\geq 3$  em 13 doentes, APACHE II  $\geq 8$  em 8 doentes, Balthazar  $\geq 4$  em 2 doentes. Isoladamente parâmetros laboratoriais que apresentaram correlação com gravidade ( $p < 0,05$ ): leucograma  $> 18000/\text{mm}^3$ ; LDH  $> 400\text{UI/L}$ ; TGO  $> 250\text{UI/L}$ . Doze doentes apresentaram evolução clínica com 17 complicações (sistémicas: derrame pleural (n=6), EAP (n=1), descompensação insuficiência cardíaca (n=1), choque séptico (n=1); locais: colecções líquidas peripancreáticas (n=7), pseudoquisto pancreático (n=1)). Ocorreram duas mortes (pneumonia nosocomial e choque séptico). Tempo médio de internamento:  $10,08 \pm 5,96$  dias. Orientação pós alta: 94,1% consulta externa, dos quais 5 orientados para colecistectomia; 5,9% médico assistente.

**Conclusão:** Os aspectos demográficos, clínicos, laboratoriais e etiológicos observados nesta amostra são semelhantes aos achados da literatura. A maioria dos casos apresentaram PA leve a moderada (85,9%) com boa evolução clínica.

61(49%) SR; não houve diferença na média de idades (53,2vs54,1vs53,9, ns); o grupo SR apresentou mais mulheres comparativamente aos restantes (56,5%vs58,8%vs 82%,  $p=0,005$ ). Foi registada motilidade anormal em 28%, 23% e 27% nos grupos RA, RNA, SR respectivamente (ns). Alterações manométricas nos grupos com refluxo: RA – EEI hipotónico 15%, motilidade ineficaz 6%, esfago hipercontrátil 4%, espasmo difuso 2%; RNA – EEI hipotónico 6%, motilidade ineficaz 6%, esfago hipercontrátil 5%, espasmo difuso 4%. O grupo controlo apresentava maior amplitude distal média que os grupos RA (106,4 mmHg vs 84,3 mmHg,  $p=0,01$ ) e RNA (106,4mmHg vs 75,5 mmHg,  $p=0,013$ ). Não houve diferença significativa entre os grupos com refluxo. No estudo por impedância foi detectado trânsito de bólus anormal em 39%, 29% e 27% dos doentes RA, RNA e SR respectivamente ( $p=0,56$ ).

**Conclusão:** Alterações manométricas estão presentes em cerca de  $\frac{1}{4}$  dos doentes com refluxo ácido e não ácido e alterações do trânsito de bólus em cerca de 30%. Não há diferenças entre os dois grupos. Predominam as alterações hipocontrácteis. Doentes com refluxo apresentam menor amplitude média distal esofágica do que doentes sem refluxo.

## POSTERS TÉCNICAS

### 128 MOTILIDADE ESOFÁGICA AVALIADA POR MANOMETRIA-IMPEDÂNCIA NO REFLUXO NÃO ÁCIDO COMPARADO COM REFLUXO ÁCIDO

#### Autores

Gonçalves A., Correia L., Palma R., Vieira C., Velosa J.

#### Instituição

Serviço Gastrenterologia e Hepatologia, CHLN- Hospital Santa Maria

#### Resumo

**Introdução:** Estão descritas na literatura a existência de alterações manométricas esofágicas associadas a doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE) e refluxo ácido. A existência destas mesmas alterações na DRGE com refluxo não ácido é pouco conhecida.

**Objectivos:** comparar as alterações da motilidade esofágica detectadas por manometria combinada com impedância (MII-M) em doentes com refluxo ácido e não ácido (NA).

**Métodos:** incluídos doentes submetidos a pH-metria de 24h e pH-metria combinada com impedância por queixas sugestivas de RGE; todos realizaram MII-M prévia. Foram comparados: refluxo ácido patológico (RA), refluxo não ácido patológico (RNA) e grupo controlo sem refluxo (SR).

**Resultados:** incluídos 124 doentes, H 30,6% M 69,4%; idade média  $53,9 \pm 15$ . Destes, 46(37%) tinham RA, 17(14%) RNA e

### 129

### ESÓFAGO DE BARRETT E DOENÇA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO - ANÁLISE COMPARATIVA DAS ALTERAÇÕES MANOMÉTRICAS

#### Autores

Ferreira R., Torres J., Carvalheiro J., Fernandes A., Pereira M.J., Giestas S., Agostinho C., Panão E., Campos M.J.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

#### Resumo

**Objectivos:** avaliar as alterações manométricas num grupo de doentes com esfago de Barrett (EB) e determinar se existem diferenças entre o EB a doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE). **Métodos:** Incluídos 8 doentes com EB histologicamente comprovado, que realizaram manometria estacionária com cateter multilúmen. Utilizados como grupo controlo 8 doentes com DRGE mas sem EB que realizaram manometria estacionária. Análise estatística com o programa SPSS. **Resultados:** Grupo EB: 8 homens, idade média:  $58,8 \pm 17,4$  anos, comprimento médio de EB:  $4,1 \pm 4$  cm, segmento curto/segmento longo: 4/4. Grupo controlo: 8 mulheres, idade média  $59,6 \pm 10,6$  anos, esofagite péptica: 3. Achados anormais: grupo EB - 87,5% (motilidade esofágica ineficaz 37,5%, EEI hipotónico 37,5%, EEI incompetente 25%); grupo controlo - 25% (EEI hipotónico 25%). Na tabela seguinte comparam-se os achados manométricos entre os 2 grupos:

	Ondas peristálticas (n)	Amplitude média das contrações (mmHg)	Comprimento médio EEI (cm)	Pressão média basal EEI (mmHg)	Relaxamentos completos EEI (n)
EB	9,6±1,1	41,3±12,4	2,3±0,7	13±6,6	5,8±05
DRGE	10	62±8,7	2,8±0,7	19,8±5,9	5,8±05
Valor p	ns	0,02	ns	0,049	ns

**Conclusões:** Nesta amostra, a grande maioria dos doentes com EB exibe alterações manométricas, estando estas ligadas não só ao EEI, mas também à motilidade do corpo esofágico. Os doentes com EB quando comparados com doentes com DRGE apresentam menor amplitude média das ondas de contração esofágica e menor pressão média basal do EEI.

### 130

#### RADIOFREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DO ESÓFAGO DE BARRETT: EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

##### Autores

Graça Rodrigues C., Pires E., Serra D.

##### Instituição

Centro de Gastrenterologia - Hospital da Luz

##### Resumo

**Introdução:** O Esófago de Barrett (EB) aumenta o risco de Adenocarcinoma Esofágico, pelo que se preconiza uma vigilância endoscópica com biopsias. Nos últimos anos várias técnicas endoscópicas têm sido propostas para o tratamento do EB, com um interesse crescente na Ablação por Radiofrequência (AR).

**Objectivo:** Avaliar os resultados iniciais da AR do EB no nosso centro.

**Métodos:** Foram revistos os processos de 3 doentes consecutivos com EB confirmado por histologia que foram submetidos a AR (HALO System). Endoscopia digestiva alta com biópsias foi realizada 8-12 semanas após o procedimento para avaliar a presença de EB residual. Os doentes foram mantidos sob terapêutica com inibidor da bomba de protões em dose dupla.

**Resultados:** Os doentes incluídos eram do sexo masculino, com uma idade média de 54,7 anos (48-60). Todos apresentavam segmentos longos de EB (C10 M10, C6 M6 e C4 M5). Um doente apresentava displasia de baixo grau. Nenhum doente apresentava displasia de alto grau ou carcinoma. Dor retro esternal foi referida por um doente nos dias que se seguiram ao procedimento, com alívio espontâneo, sem necessidade de analgesia. Não se verificaram outras complicações imediatas ou tardias (follow up médio de 234,3 dias). Em 2 doentes (66,7%) o EB foi substituído de forma completa por epitélio estratificado pavimentoso; no outro doente (33,3%) a substituição foi incompleta, com necessidade de AR adicional. Os sintomas de refluxo gastro-esofágico regrediram em todos os doentes após a AR.

**Conclusão:** A nossa experiência inicial mostra que a AR do EB é um procedimento seguro e eficaz. Os doentes irão ser mantidos em programa de vigilância endoscópica. Para avaliar o be-

nefício potencial da AR no tratamento do EB a um maior nível de evidência, ensaios controlados randomizados envolvendo uma comparação directa com outras modalidades terapêuticas são necessários.

### 131

#### TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DO DIVERTÍCULO DE ZENKER

##### Autores

Saiote J.<sup>1</sup>, Ramos G.<sup>1</sup>, Santos L.<sup>2</sup>, Redondo I.<sup>1</sup>, Martins J.<sup>1</sup>, Rio-Tinto R.<sup>1</sup>

##### Instituição

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital dos Capuchos; Serviço de Gastrenterologia <sup>2</sup>Hospital Fernando da Fonseca; Serviço de Gastrenterologia

##### Resumo

**Introdução:** O Divertículo de Zenker (DZ) localiza-se na hipofaringe, sendo causado pela hipertonia e relaxamento incompleto do cricofaríngeo. É raro, atingindo doentes (d.) do sexo masculino na sétima e oitava décadas de vida, é causa de disfagia, desnutrição e episódios de aspiração.

Existem várias opções, cirúrgicas e endoscópicas, para o seu tratamento. Este está recomendado apenas nos doentes sintomáticos. A opção terapêutica deve ter em conta o tamanho do DZ e os riscos do procedimento em cada caso.

Nos DZ de tamanho médio (2-5 cm), a terapêutica endoscópica tem demonstrado eficácia, com menos complicações. Encontramos na literatura casos isolados e pequenas séries, em que a técnica endoscópica é descrita com variantes.

Nos últimos anos, evidência crescente tem mostrado que a mucotomia por endoscopia tem resultados clínicos sobreponíveis à cirurgia, com menor risco de complicações.

**Objectivo:** Descrever a evolução dos d. submetidos a terapêutica endoscópica para DZ sintomático.

**Material e Métodos:** Foram estudados 3 d. submetidos a mucotomia com endoscópio flexível, seguidos por períodos de 6 a 12 meses.

**Resultados:** Dos 3 d. Com DZ sintomático, 2 eram mulheres (idade média, 76,6 anos). Todos apresentavam divertículos com mais de 4 cm. O procedimento foi realizado sob anestesia e intubação oro-traqueal, não tendo ocorrido complicações imediatas ou tardias. Os pacientes tiveram alta ao fim de 24 a 48 horas. Todos os d. apresentaram melhora sintomática completa (definida como disfagia ocasional) ao fim 1º mês, sustentada aos 6 meses e sem recorrência aos 12 meses. Registou-se aumento de peso em todos os doentes (apenas quantificado em dois d. - média 7,5Kg).

**Comentário:** O tratamento endoscópico do DZ é uma opção válida nos doentes em que o risco cirúrgico é elevado, mesmo no caso de divertículos de grandes dimensões.

132

**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FISTULAS NA CIRURGIA BARIÁTRICA.****Autores**Saiote J.<sup>1</sup>, Ramos G.<sup>1</sup>, Santos L.2, <sup>1</sup>Rio-Tinto R.<sup>1</sup>**Instituição**<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital dos Capuchos; Serviço de Gastreenterologia 2Hospital Fernando da Fonseca; Serviço de Gastreenterologia**Resumo****Introdução:** A cirurgia bariátrica pode estar associada a complicações imediatas ou tardias. As reintervenções por complicações estão associados a alta morbidade e mortalidade. Neste estudo, descrevemos a experiência com o uso de próteses esofágicas metálicas cobertas (SEMS) no tratamento de fístulas anastomóticas na bariátrica.**Material e métodos:** Foram submetidos a tratamento endoscópico 7 doentes com fístula por deiscência de sutura pós-cirurgia bariátrica (6 casos de gastrectomia vertical calibrada e um caso de by-pass gastro-jejunal). Em 5 casos tratou-se de fístula precoce (definida como fístula diagnosticada até duas semanas após a cirurgia).

Foram utilizadas próteses metálicas (colocação de 1 ou 2 próteses) auto-expansíveis totalmente ou parcialmente cobertas (SEMS). A remoção da prótese foi efectuada por tracção ou pela inserção de uma prótese plástica auto-expansível (SEPS), seguida da remoção de ambas as próteses duas semanas depois.

**Resultados:** A colocação de SEMS levou a resolução da fístula em 71% dos casos (5/7). Num caso, por migração precoce, foi necessário proceder ao reposicionamento da prótese por tracção. Após remoção da SEMS inicial, constatou-se persistência / recorrência da fístula em 2 doentes, tendo-se optado por nova colocação de SEMS. Um destes doentes, por persistência da fístula e de quadro séptico foi submetido a cirurgia com remoção da prótese. No segundo caso, programa-se a remoção da prótese após aparente sucesso clínico.

As próteses permaneceram in-situ, em média, 65 dias (24-97). A remoção da prótese foi efectuada por tracção em 4 casos e por colocação de SEPS em 2. Ocorreu migração tardia da prótese num doente, após resolução da fístula, condicionando quadro de suboclusão intestinal e obrigando à sua remoção do jejuno médio por enteroscopia de duplo balão.

**Comentários:** O tratamento endoscópico de fístulas após cirurgia bariátrica usando SEMS é seguro e eficaz evitando reintervenção de alto risco.

133

**BALÃO INTRA-GÁSTRICO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE: EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS****Autores**

Pereira B., Gonçalves R., Caldeira A., Pinto Pais T., Santos A., Sousa R., Pereira E., Tristan J., Banhudo A.

**Instituição**

Serviço de Gastreenterologia do Hospital Amato Lusitano, ULS de Castelo Branco

**Resumo****Introdução:** A obesidade é um problema de saúde pública com prevalência crescente. Das várias opções terapêuticas existentes, o balão intra-gástrico (BIG) tem-se destacado como alternativa isolada ou em combinação com a cirurgia bariátrica, não descurando a prática de exercício físico e cumprimento de dieta.**Objetivos:** Estudar o impacto da colocação do BIG a médio e longo prazo.**Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes que colocaram BIG entre 2007 e 2010 relativamente à evolução do peso (P0=pré-BIG, P1=remoção do BIG, P2=após BIG) e complicações.**Resultados:** Colocados 72 balões em 66 doentes, 75,8% mulheres, idade 38,7±10,3 anos. Verificaram-se complicações em 10 doentes (15,2%), com remoção precoce do BIG em 3 deles. Nos restantes doentes o BIG permaneceu 214,3±47,6 dias. Neste período verificou-se uma redução média de peso de 11,7±7,2 kg e uma queda do IMC de 4,3 kg/m<sup>2</sup> (P0 médio 98,8 kg, P1 médio 87,1 kg, IMC médio 36,3 vs 32 kg/m<sup>2</sup>). Seis doentes colocaram 2 BIG consecutivos verificando-se nestes uma redução média de peso de 16,3 kg durante o 1º BIG e 3,9 kg durante o 2º. Obteve-se P2 em 31 doentes (48,4%), após um período de follow-up médio de 337±265 dias. P2 médio 92,7 kg, variação global do peso (P0-P2) 6,1 Kg. Dos 31 doentes 7 (22,5%) apresentavam P2>P0; 10 (32,3%) P2<P0 e P1; e os restantes 14 (45,2%) P2<P0 mas >P1.**Conclusões:** O BIG parece obter resultados positivos mesmo quando não associado a cirurgia bariátrica. Cerca de ¾ dos doentes seguidos em follow-up conseguiu manter peso inferior ao inicial. Verificaram-se complicações em 15,2% dos doentes. O uso de um 2º BIG consecutivo não parece trazer benefícios acrescidos.

134

**AVALIAÇÃO DAS INDICAÇÕES PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NUMA UNIDADE DE ENDOSCOPIA DE ACESSO LIVRE****Autores**

J. Dinis Silva, N. Veloso, R. Godinho, I. Medeiros, L. Gonçalves, C. Viveiros

**Instituição**

Hospital do Espírito Santo de Évora EPE

**Resumo****Introdução e Objectivos:** Uma unidade de endoscopia de acesso

livre permite a realização de exames endoscópicos a pedido do médico assistente, sem consulta ou selecção prévia por parte do especialista em Gastreenterologia. Neste estudo pretendeu-se averiguar a adequação dos pedidos dos médicos assistentes às indicações para endoscopia digestiva alta da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) e relacionar estas com a presença de achados relevantes no exame. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo, num hospital distrital e por um período de 11 meses (Janeiro a Novembro de 2010).

**Resultados:** Recolheram-se dados relativos a 1682 endoscopias digestivas altas, com 277 realizadas em contexto de urgência. Dos restantes 1405 exames, 826 foram executados em doentes do sexo feminino (58.8%). A idade média foi de 60 anos (7-97). Não se encontrou indicação apropriada em 191 exames (13,6%), sendo esta razão de 17,5% no caso dos pedidos dos Centros de Saúde e de 11.3% nos pedidos hospitalares ( $P < .01$ ). Detectou-se um achado relevante em 609 exames (43,3%). Nas endoscopias realizadas com indicação apropriada, detectou-se um achado relevante em 46% dos casos em comparação com 23% de achados relevantes nos exames sem indicação apropriada (OR 2.815, IC 99% 1.77, 4.47;  $P < .01$ ). **Conclusão:** No nosso estudo, a maioria dos achados relevantes em endoscopia digestiva alta foi encontrada em doentes que realizaram o exame seguindo indicações apropriadas, mostrando o papel que estas orientações da SPED podem ter numa unidade de endoscopia de acesso livre.

135

### UM MODELO DE INTERVENÇÃO DA ANESTESIOLOGIA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE GASTREENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

#### Autores

Martins FL<sup>1</sup>, Roxo H<sup>1</sup>, Ramalho PM<sup>2</sup>, Figueiredo I<sup>2</sup>, Loreto H<sup>2</sup>, Morato P<sup>2</sup>, Freitas L<sup>2</sup>, Sendino S3, Lopes A I<sup>2</sup>

#### Instituição

<sup>1</sup>Serviço de Anestesiologia, HSM-CHLN <sup>2</sup>Departamento da Criança e da Família, HSM-CHLN

#### Resumo

**Introdução:** As reconhecidas especificidades da criança têm determinado intervenção crescente do Anestesiologista em endoscopia pediátrica, minimizando o risco e maximizando segurança/ conforto. Apesar da controvérsia, a AG tem sido preconizada como a modalidade com melhor perfil de risco/benefício. A divulgação da experiência dos centros pediátricos poderá contribuir para melhor fundamentação de normas e práticas institucionais.

**Objectivos:** Reportar a frequência da intervenção da Anestesiologia numa Unidade de Gastreenterologia Pediátrica no período de 10 anos; analisar a sua intervenção num período representativo (2010).

**Métodos:** análise retrospectiva (2001-2010) dos registos endoscópicos e da contribuição percentual e qualitativa (2010) da Anestesiologia.

**Resultados:** realizaram-se 4025 EDA e 811 EDB (12.1% e 10.6% terapêuticas, respectivamente); 57.7% decorreram sob AG, 39.5% sob sedação efectuada por gastreenterologista e 2.8% sem pré-medicação. Assistiu-se a aumento percentual dos exames efectuados sob AG (59.2% em 2001 e 71.2% em 2010).

Analísaram-se os 325 procedimentos com apoio da Anestesiologista residente dos 456 realizados em 2010 (262 EDA / 63 EDB, 291 doentes), maioritariamente em contexto ambulatorio e programado; distribuíram-se pelos grupos etários: <1 ano: 4.5%, 1-12 anos: 73.2% e 13-22 anos: 22.3%. A classificação do status físico (ASA\*) foi: ASA I / II / III / IV, respectivamente: 27.8% / 61.2% / 8.2% / 2.8%; 79.7% dos procedimentos demorou 15min-1 hora e 20.3% 1-4 horas (extracção de bezoar). A modalidade anestésica foi: AG balanceada (via inalatória e endovenosa) – 96.6%, inalatória – 2.4% e sedação profunda IV-1%. Utilizou-se Intubação orotraqueal em 23 crianças (máscara facial ou tubo naso-faríngeo na maiorial). Não houve complicações major atribuíveis à anestesia.

**Comentários:** Apesar de reduzida co-morbilidade e embora não tenham ocorrido complicações major, o risco associado à ED pediátrica requer avaliação sistemática de acordo com indicadores fiáveis. A opção AG vs sedação IV deverá ser sempre individualizada segundo a patologia, experiência pediátrica do Anestesiologista e condicionalismos institucionais.

136

### APLICAÇÕES TERAPÊUTICAS DA ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA

#### Autores

Lopes S., Bastos P., Ferreira F., Pereira P., Baldaque F., Ribeiro A., Macedo G.

#### Instituição

Hospital de São João

#### Resumo

**Introdução:** A ecoendoscopia tornou-se a técnica preferencial na drenagem de pseudoquistos e na neurólise do plexo celíaco.

**Objectivo:** Avaliação da experiência do serviço na área da ecoendoscopia de intervenção.

**Material e Métodos:** Revisão dos procedimentos realizados entre Setembro 2009 e Fevereiro 2011.

**Resultados:** Foram realizadas 10 drenagens de pseudoquistos pancreáticos e duas neurólises do plexo celíaco.

Relativamente aos doentes submetidos a drenagem de pseudoquisto, a idade média foi de 43±8 anos e todos os doentes eram do sexo masculino. Em todos os casos foi utilizado o ecoendoscópio Olympus® linear e apoio fluoroscópico. Em 90% dos

casos o pseudoquisto localizava-se na região cefalopancreática, com tamanho médio de 59±22 mm. Em 9 dos casos a abordagem foi através de punção da face anterior do estômago, introdução de fio guia de 0.035mm, efectuando de seguida dilatação do orifício de punção (com dilatação máxima em 8 casos até 8 mm). Em 3 casos foi colocada uma prótese plástica 10 fr/4 cm, noutros 3 casos 2 próteses, e num caso, colocou-se um catéter naso-pancreático em lavagem contínua e 2 próteses plásticas. Em todos os casos foi colhida uma amostra para do-seamento CEA, amilase e citologia. Ocorreu apenas uma complicação grave na drenagem de pseudoquisto, com hemorragia digestiva durante a fase da dilatação do orifício.

Em relação às duas neurólises do plexo celíaco, foram efectuadas a dois doentes do sexo masculino de 59 e 46 anos, por dor não controlável com opióides devido carcinoma pancreático. A neurólise foi efectuada com injeção de 14 ml de bupivacaína a 0,25% e 20 ml de álcool a 96%, tendo decorrido sem complicações e com controlo da dor.

**Conclusão:** Apesar do número ainda limitado de doentes submetidos a ecoendoscopia de intervenção, estes dados vêm reforçar a eficácia e segurança da punção de pseudoquistos e neurólise do plexo celíaco por ecoendoscopia.

### 137 ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA: ANÁLISE CRÍTICA DOS PRIMEIROS 500 PROCEDIMENTOS

#### Autores

Ferreira F., Bastos P., Lopes S., Baldaque F., Macedo G.

#### Instituição

Hospital de São João

#### Resumo

**Introdução:** A visão ecográfica através da parede gastrointestinal permitiu ao endoscopista alargar as suas fronteiras.

**Objectivo:** Caracterização da experiência de um centro em ecoendoscopia diagnóstica e terapêutica.

**Métodos:** Doentes consecutivos referenciados para ecoendoscopia entre Abril 2009 e Fevereiro 2011. O equipamento utilizado foi: ecoendoscópios Olympus®, sondas rectais BK®, mini-sondas Fuji® e processador Aloka  $\alpha$ -5000®.

**Resultados:** Foram realizadas 500 ecoendoscopias, das quais 335 foram ecoendoscopias digestivas altas e 165 baixas. A idade média dos doentes foi 58±16 anos, sendo 53% do sexo masculino. O ecoendoscópio radial foi utilizado em 59%, o linear em 21%, as sondas rectais em 19% e as mini-sondas em 1%. As principais indicações foram: 30% exploração bilio-pancreática, 25% estadiamento de neoplasia do tubo digestivo, 23% estudo de lesões sub-epiteliais e 11% fístulas/abscessos perianais. Os diagnósticos endosonográficos foram: estadiamento tumoral em 22%, lesão sólida/quística pancreática em 13% e tumor mesenquimatoso em 12%.

Em 13% foi efectuada ecoendoscopia de intervenção: 55 punções aspirativas, 10 drenagens de pseudoquistos pancreáticos e 2 neurólises do plexo celíaco. As indicações para punção foram nódulo pancreático em 44%, adenomegalias/ lesões paradigestivas em 36% e lesões quísticas pancreáticas em 20%.

O resultado citológico para as lesões sólidas revelou adenocarcinoma em 39%, carcinoma epidermóide em 7% e linfoma em 7%, sendo conclusivo em 82%.

O tipo de agulha utilizado, número de passagens e realização de exame extemporâneo não se correlacionaram significativamente com a probabilidade de obtenção de diagnóstico citológico.

Não ocorreram complicações imediatas nas ecoendoscopias diagnósticas; nas ecoendoscopias de intervenção ocorreu uma hemorragia grave após punção.

Constatou-se nos últimos 9 meses um aumento progressivo do número de ecoendoscopias, com incremento de duas vezes no total dos exames, cinco vezes nas punções e 1,5 vezes nas drenagens.

**Conclusões:** A ecoendoscopia diagnóstica e terapêutica tem-se revelado uma técnica segura e eficaz, justificando a sua crescente aplicação.

### 138 ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL - EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS

#### Autores

Moutinho-Ribeiro P., Leite S., Cotter J.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave. Guimarães

#### Resumo

**Objectivo:** Estudo descritivo da experiência em ecoendoscopia digestiva radial; caracterização da população, tipo de exame, principais indicações, achados diagnósticos e enquadramento na estratégia de orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes. **Métodos:** Análise retrospectiva dos 36 meses iniciais das ecoendoscopias efectuadas (Abril/08-Março/11). Equipamento: ecoendoscópio radial Olympus GF-UE160-AL5 (freq.5-10MHz) e ecógrafo ALOKA alfa-10. Os exames ecoendoscópicos baixos (EEB) compreenderam, frequentemente, a realização adicional de ecografia endoanal com sonda rectal rígida radial ALOKA ASU-67 (freq.7,5-10 MHz), para melhor avaliação do canal anal. Os exames ecoendoscópicos altos (EEA) foram realizados sob sedoanalgesia.

**Resultados:** Foram realizadas 534 ecoendoscopias, das quais 383 (71,7%) foram EEA e 151 (28,3%) EEB. População estudada: 260 homens e 274 mulheres; idade média de 58,9±13,0anos. Principais indicações das EEA: avaliação de lesões subepiteliais/compressões



extrínsecas- 321(83,8%); estadiamento de neoplasia esofágica- 29(7,6%), gástrica- 8(2,1%) e duodenal/ampuloma- 3(0,8%); caracterização de lesão pancreática- 6(1,5%); outras- 16(4,2%). Principais indicações das EEB: estadiamento de neoplasia do recto- 86(57,0%) e canal anal- 9(6,0%); avaliação de processo supurativo/fistuloso- 34(22,5%); avaliação de lesão subepitelial/compressão extrínseca-10 (6,6%); incontinência-8 (5,3%); outras-4(2,6%). Não se registaram complicações. Em 20 (3,7%) dos 534 exames foi sugerida ressecção endoscópica, e em 16 (3,0%) cirúrgica da lesão. Em 36 casos (6,7%), os achados diagnósticos tiveram indicação para estudo complementar com minisonda de alta frequência e/ou punção aspirativa com agulha fina.

**Conclusões:** Nos 36 meses iniciais após a implementação da ecoendoscopia radial, verificou-se, no número de exames realizados, um marcado predomínio das EEA. Nestas, a principal indicação foi o estudo das lesões subepiteliais do tubo digestivo, enquanto as EEB consistiram maioritariamente no estadiamento de neoplasias. Em 93,3% dos doentes, a ecoendoscopia radial foi suficiente para a orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes, justificando assim, na nossa opinião, a sua crescente implementação em alguns Serviços de Gastroenterologia.

139

### ENTEROSCOPIA POR VÍDEO-CÁPSULA NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM CENTRO HOSPITALAR: EXPERIÊNCIA DOS PRIMEIROS 5 ANOS

#### Autores

Barreiro P., Couto G., Herculano R., Bispo M., Chagas C., Matos L.

#### Instituição

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

#### Resumo

**Objectivos:** No nosso Centro Hospitalar a enteroscopia por vídeo-cápsula foi introduzida no início de 2006. Propusemo-nos rever a experiência, dos primeiros 5 anos, de utilização desta técnica na prática clínica quotidiana.

**Material:**Recolhemos, retrospectivamente, dados técnicos, indicações, diagnósticos e complicações de todos os exames realizados entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2010 seguido de análise estatística dos dados obtidos.

Sumário dos resultados: Realizaram-se 528 exames (Pill-Cam SB®, Given Imaging, Yoqneam, Israel) em 488 doentes (56% mulheres) com média de idades de 60 ± 19 [14-95] anos. Os tempos de trânsito gástrico e no intestino delgado foram de 34,6 ± 49,6 [0-480] e de 252,3 ± 87,7 [15-530] minutos. O cego não foi alcançado em 13% dos casos (por limite da gravação em 10,4%). As principais indicações do exame foram a hemorragia digestiva obscura (HDO) - 70,3% (2/3 anemia ferropénica) - e a doença de Crohn (DC) - 14,6% (quase 2/3 por "suspeita").

A percentagem de achados foi de cerca de 70% na HDO sem diferença significativa entre as formas manifesta e a oculta, apesar de achados mais relevantes na primeira. Diagnosticaram-se angiectasias em 50,6% e erosões/úlceras em 32% do total de casos nesta indicação. Em 13,7% dos casos a causa poderia ser atribuída a lesão ao alcance da endoscopia. A percentagem de achados foi de cerca de 32% na suspeita de DC. Ocorreram duas retenções por estenoses do intestino delgado com necessidade de cirurgia.

**Conclusões:** A enteroscopia por vídeo-cápsula revelou-se um exame seguro e com elevada taxa de detecção de lesões, em particular nos doentes com HDO. Há elevada percentagem de lesões ao alcance do endoscópio, reforçando-se que deve haver um baixo limiar para repetir os exames endoscópicos convencionais. Na suspeita de DC a acuidade deste exame é sub-ótima, podendo melhorar-se os critérios de selecção destes doentes.

140

### ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO ASPIRATIVA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES GASTROINTESTINAIS

#### Autores

Lopes S., Ferreira F., Bastos P., Baldaque F., Pereira P., Ribeiro A., Barroca H., Macedo G.

#### Instituição

Hospital de São João

#### Resumo

**Introdução:** A ecoendoscopia com punção aspirativa tem sido progressivamente utilizada no diagnóstico diferencial de várias lesões gastrointestinais. **Objectivo:** Caracterização da experiência em punção aspirativa guiada por ecoendoscopia, avaliando as indicações, técnicas utilizadas e resultados obtidos. **Doentes consecutivos referenciados para punção por ecoendoscopia entre Abril 2009 e Fevereiro 2011.**

**Resultados:** Foram realizadas 55 punções aspirativas por ecoendoscopia, das quais 44 casos em lesões sólidas e em 11 casos em lesões quísticas pancreáticas. A idade média dos doentes submetidos a punção foi 61 ± 14 anos, 69% eram do sexo masculino. As indicações foram: 56% lesões sólidas/quísticas pancreáticas, 16% lesões sólidas via biliar principal, 15% adenopatias/massas para-digestivas, 9% estadiamento tumoral esofago-gástrico e 4% lesões sub-epiteliais.

As agulhas utilizadas foram de 22G em 63% dos casos e 25G em 35%. Em 90% foram efectuadas pelo menos 3 passagens da agulha. O citologista esteve presente na altura da punção em 56% dos casos. Não se verificou nenhuma complicação imediata decorrente da punção aspirativa.

As lesões quísticas pancreáticas encontravam-se todas localizadas na região cefalo-pancreática, com tamanho médio de

28±25 mm; quatro apresentavam material hiperecogénico no seu interior. A amílase foi indoseável em 18%, com valor médio de 25097 U/L, e todos os casos apresentavam CEA<192ng/mL; a obtenção de células atípicas ocorreu em apenas um caso.

Em relação as lesões sólidas o resultado citológico foi adenocarcinoma em 39%, carcinoma epidermóide em 7%, linfoma em 7% e inconclusivo em 18%. Não se observou correlação entre o calibre de agulha utilizado, número de passagens ou presença de citologista na sala e a obtenção de diagnóstico citológico.

**Conclusões:** A ecoendoscopia com punção revelou-se uma técnica segura e eficaz, possibilitando uma elevada percentagem de diagnósticos citológicos.

141

### A IMPORTÂNCIA DE UM GRUPO MULTIDISCIPLINAR NA SEGURANÇA E EFICÁCIA DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM AMBULATÓRIO EM DOENTES COM PEG

#### Autores

Sousa A.L., Sousa D., Açucena F., Eusébio M., Caldeira P., Vidal M.M., Vilhena A., Lopes A., Guerreiro H.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia - Hospital de Faro, EPE

#### Resumo

**Introdução:** Evidências recentes mostram que muitas PEGs são colocadas sem as indicações apropriadas. A selecção dos doentes por um grupo treinado é recomendada para minimizar riscos. Desde 1996, o nosso hospital dispõe de equipa de Nutrição Entérica em Ambulatório (NEA) que faz selecção dos candidatos, preparação do doente para alta e acompanhamento domiciliário ou institucional.

**Objectivo:** avaliar a segurança e a eficácia do programa de NEA nos doentes com PEG.

**Material e Métodos:** todos os doentes do programa de NEA entre Novembro 1996 até Fevereiro 2011. Foi utilizado o método "pull" para colocação de PEG. Todos os doentes receberam profilaxia antibiótica. Avaliação retrospectiva de indicações, complicações (minor e major), capacidade funcional (escala de Barthel), tempo de follow-up, destino, mortalidade aos 30 dias e número de dias de internamento (NDI) antes e durante a NEA.

**Resultados:** 51 doentes: 32 homens, 19 mulheres. Idade média 55,97±21,29 anos. Indicações: disfagia de causa neurológica - 31 doentes (60,8%); disfagia de causa neoplásica - 14 doentes (27,5%); outra - 6 doentes (11,8%). Complicações major: num doente com neoplasia do esófago objectivou-se implantação neoplásica na ostomia. Taxa de complicações minor: 39,2%; as mais frequentes, infecção periestoma, remoção acidental e dor (6 doentes cada (11,8%)). A mortalidade aos 30 dias foi de 1,96% e a sobrevida média de 48,56±9,81 meses. Discriminando o se-

guimento, verificou-se que 30 doentes (58,8%) vieram a falecer, 7 (13,7%) recuperaram a nutrição oral, 9 (17,6%) mantêm-se sob NEA e 5 foram transferidos ou abandonaram.

**Conclusões:** O programa de NEA mostrou-se seguro e eficaz, apenas com uma complicação major sem influência no decurso da doença e com taxa de complicações minor semelhante a trabalhos publicados relativamente a PEG em NEA; mortalidade aos 30 dias muito inferior ao descrito na literatura sugere boa selecção dos doentes para PEG.

142

### ESTUDO MICROBIOLÓGICO DA INFECÇÃO PERIESTOMAL NA GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA

#### Autores

Duarte H, Santos C, Capelas L, Fonseca J

#### Instituição

GENE-Grupo de Estudo de Nutrição Entérica - HGO, EPE Serviços Farmacêuticos - HGO, EPE Serviço de Gastrenterologia - HGO, EPE Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Católica Portuguesa

#### Resumo

**Introdução:** A Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) é o acesso preferencial para nutrição entérica (NE) prolongada. A infecção local é a complicação mais frequente, descrita em 2 a 39% dos casos. Existe pouca informação sobre a infecção periestomal em centros portugueses.

**Objectivo:** Determinar a taxa de diagnóstico de infecção associada à PEG e identificar a etiologia microbiológica destas infecções, nos doentes que colocaram PEG entre Janeiro de 2004 e Setembro de 2010.

**Material e Métodos:** Neste estudo observacional retrospectivo, foram revistos os processos dos doentes com PEG, seguidos na Consulta de NE entre Janeiro 2004 e Setembro 2010. Identificaram-se os doentes em que, por suspeita clínica de infecção, se colheu exsudado do estoma. Considerou-se critério de infecção o exsudado com cultura microbiológica positiva e isolamento em cultura pura.

**Resultados:** Incluíram-se 297 doentes (idade média: 62 anos), 210 homens e 87 mulheres. Realizaram-se 63 colheitas de exsudado, correspondendo a uma taxa de 21,2%. Isolaram-se 36 culturas puras e 27 demonstraram flora mista de colonização cutânea. Considerando apenas os isolamentos monobacterianos como infecção, obtivemos uma taxa de infecção do estoma de 12,1%.

Isolaram-se 12 *Staphylococcus aureus* meticilina resistente (MRSA), 11 *Pseudomonas aeruginosa*, 7 *Staphylococcus aureus* sensível à flucloxacilina, 4 *Streptococcus* (2 grupo B, 1 grupo C, 1 grupo G), 1 *Klebsiella pneumoniae* e 1 *Enterococcus faecalis*. A taxa de diagnóstico de infecção foi de 4,65% (6 casos) de Janeiro/2004 a Dezembro/2007 e de 17,85% (30 casos) de Janeiro/2008 a Setembro/2010.

**Conclusão:** A taxa de diagnóstico de infecção (12,1%) encontra-se dentro do descrito na literatura. MRSA e *Pseudomonas aeruginosa* foram os agentes mais frequentes. O crescimento do diagnóstico desta infecção no período mais recente, sendo MRSA o microrganismo mais prevalente, parece relacionar-se com o aumento das infecções associadas aos cuidados de saúde a nível hospitalar.

143

### ENTEROSCOPIA POR VIDEO-CÁPSULA: ANÁLISE DESCRITIVA DE 763 PROCEDIMENTOS

#### Autores

Ferreira F., Cardoso H., Marques M., Bastos P., Macedo G.

#### Instituição

Hospital de São João

#### Resumo

**Introdução:** A enteroscopia por vídeo-cápsula (EVC) revolucionou a investigação do intestino delgado nos últimos 10 anos.

**Objectivo:** Caracterização da experiência de um centro com EVC.

**Métodos:** Doentes referenciados para EVC entre Setembro 2002 e Janeiro 2011. O equipamento utilizado foi: PillCam® Given Imaging (SB1, SB2, Colon1) e a EndoCapsule Olympus®. Análise de dados demográficos, indicações, diagnósticos e complicações.

**Resultados:** Realizaram-se 763 EVC, em 656 doentes, das quais 386 com Pillcam®SB1, 329 com a Pillcam®SB2, 33 com a EndoCapsule® e 15 com Pillcam®Colon1. A idade média dos doentes foi de 52±17 anos, 59% eram do sexo feminino. Em sete doentes recorreu-se a colocação da cápsula com apoio endoscópico. Dez exames foram realizados de urgência por hemorragia digestiva obscura aberta. As principais indicações do exame foram hemorragia digestiva obscura (HDO) em 55% (HDO aberta em 27%, HDO oculta 73%) e doença de Crohn (DC) em 35%. Ao longo destes 8 anos, a preparação pré-exame transitou de dieta líquida e jejum 12 horas para uma solução de preparação oral na véspera.

Os principais diagnósticos foram: angioectasias 20%, sugestivos de DC 13%, erosões 10%, úlcera 6%; sem lesões endoscópicas 23%. Foram diagnosticados seis tumores intestinais. O exame foi inconclusivo em 4% por má preparação.

A EVC revelou achados positivos/suspeitos em 86% dos doentes HDOA e em 65% dos doentes com HDOO (p0.003).

Ocorreram seis retenções EVC com necessidade de cirurgia em 3 doentes e 7 falhas técnicas com impossibilidade de leitura do exame.

Constatou-se um aumento progressivo do número EVC, com 39% do total de exames efectuado nos últimos 2 anos (média 149 exames/ano).

**Conclusões:** A EVC foi um exame seguro e eficaz, com elevada taxa de detecção de lesões em particular nos doentes com HDOA.

144

### ENTEROSCOPIA POR VÍDEO-CÁPSULA NOS TUMORES DO INTESTINO DELGADO

#### Autores

Barreiro P., Couto G., Herculano R., Bispo M., Chagas C., Matos L.

#### Instituição

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

#### Resumo

**Objectivos:** Os tumores do intestino delgado (TID) são raros e o seu diagnóstico difícil. Neste contexto a enteroscopia por vídeo-cápsula (EVC) tem-se revelado útil. Propomo-nos apresentar a nossa série de TID submetidos a EVC.

**Material:** Revimos, retrospectivamente, 542 EVC realizadas no nosso centro, entre Janeiro de 2006 e Fevereiro de 2011. Registaram-se 37 doentes (6,8%) com suspeita endoscópica elevada de TID, obtendo-se confirmação histológica em 17 doentes. Destes últimos foram analisados dados demográficos e clínicos, incluindo diagnósticos e complicações.

**Sumário dos resultados:** No período analisado registaram-se 17 doentes com TID com confirmação histológica (idade média, 65 anos; 53% do sexo masculino). A maioria das lesões eram malignas (n=10; 58,8%) sendo estas mais frequentes nos idosos (idade média - 70 anos) e em homens (n=7;70%). O principal motivo para a realização da EVC foi hemorragia digestiva obscura (n=9; 52,9%). A distribuição das lesões foi dispersa ao longo do intestino delgado localizando-se no jejuno em 29,4%, no íleon em 41,2% e com atingimento jejuno-ileal concomitante em 29,4% dos casos. Histologicamente definiram-se: linfomas intestinais (n=2), metástases de adenocarcinomas colo-rectais (n=2), GIST (n=2), carcinóides (n=2), adenomas (n=2), pólipos hiperplásicos (n=2), hamartomas (n=2), metástases de melanoma (n=1), mesotelioma (n=1) e pâncreas ectópico (n=1). Observou-se um maior tempo de trânsito intestinal nestes doentes comparativamente à média das restantes EVC realizadas neste período [266,6 ± 110 [34-443] versus 252,3 ± 87,7 [15-530] minutos], assim como uma percentagem superior de exames incompletos [29,4% versus 11%, p=0,020]. Registou-se uma retenção de cápsula [5,9%].

**Conclusões:** Em 6,8% das EVC realizadas houve suspeita elevada de TID, obtendo-se avaliação histológica em 46% dos doentes, observando-se predomínio de lesões malignas. Esta incidência apoia a importância da EVC no algoritmo diagnóstico dos TID, revelando-se um exame globalmente seguro, embora com maior tempo de trânsito e maior taxa de exames incompletos neste grupo de doentes.

145

### INFRA-ESTRUTURA MAGNÉTICA ACTIVA PARA A LOCOMOÇÃO DE CÁPSULAS ENDOSCÓPICAS

**Autores**

M. F. Silva, J. F. Ribeiro, L. M. Goncalves, J. P. Carmo, e J. H. Correia

**Instituição**

Universidade do Minho - Dept. Electronica Industrial

**Resumo**

Este trabalho apresenta uma plataforma activa para controlar a locomoção de cápsulas endoscópicas (EC) no interior do corpo humano. O interesse nas cápsulas endoscópicas tem aumentado desde o seu lançamento comercial pois permitirem efectuar diagnósticos menos evasivos face aos exames tradicionais de gastroscopia e colonoscopia. Além disso, é possível aceder a novos locais do trato gastrointestinal (GI). O sistema é composto por dois imanes em neodímio NdFeB. Dentro da cápsula endoscópica está incorporado um pequeno íman (IPM). O íman externo (EPM) está colocado num braço articulado para guiar a cápsula por acção do campo magnético. O braço articulado apresenta seis graus de liberdade possibilitando a total movimentação do EPM e consequentemente um melhor controlo da EC. O EPM utilizado nos testes laboratoriais apresenta uma forma cilíndrica com um volume de 5x105mm<sup>3</sup>, um alto nível de remanescência magnética (e.g., N48) e um máximo campo de magnético medido de 1,5 T os pólos magnéticos estão orientados segundo a direcção diametral. Usaram-se IPM's com remanescência magnética de N48 e forma cilíndrica com diâmetros e comprimentos situados nas gamas [3,6] mm e [5,10] mm, respectivamente. Em paralelo aos testes laboratoriais realizaram-se simulações de elementos finitos (FEM) para obter a distância óptima entre o EPM e o IPM (resultando em 12cm). A esta distância foi possível obter um controlo mais preciso da EC, e melhorando a uma margem de espaço de locomoção do EPM pelo paciente. O potencial de utilização de EC dentro do corpo humano é elevado pois, estas podem incorporar novas funções. Como a detecção de pólipos malignos através da autofluorescência, tratamento fotodinâmico através da sua iluminação, sistemas de controlo para libertação de fármacos, sistemas de biópsia de tecido, entre outros.

Este trabalho é suportado pela ADI com a referência NFCE - FCOMP-01-0202-FEDER-005358.

146

### VALIDAÇÃO CLÍNICA DO TESTE RESPIRATÓRIO DA UREIA C14 (37KBQ) NA DETECÇÃO DA INFECÇÃO PELO HELICOBACTER PYLORI

**Autores**

Romãozinho J.M., Donato M.M., Ferreira J., Arroja B., Sofia C.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Resumo**

**Objectivo:** Proceder à avaliação clínica do teste respiratório da ureia C14 no diagnóstico da infecção pelo *Helicobacter pylori* (Hp), tendo como método de referência o teste respiratório da ureia C13.

**Material e métodos:** O estudo, de natureza prospectiva, incidiu sobre 61 indivíduos (10 do sexo masculino e 51 do sexo feminino), dos quais 46 dispépticos e 15 voluntários assintomáticos, com média de idades de 40,8±13,4 anos (22 a 77 anos) e com exclusão de grávidas ou lactantes. Todos os indivíduos estudados foram sujeitos inicialmente ao teste respiratório da ureia C13 e, no mínimo 2 semanas após, ao teste respiratório da ureia C14, utilizando, respectivamente, a espectrofotometria de infravermelhos e contadores Geiger-Müller. O C14 foi utilizado na microdose de 37kBq, equivalente a 1µCi.

**Resultados:** O teste respiratório da ureia C14 discriminou correctamente os 32 indivíduos infectados e os 29 indivíduos não infectados, anteriormente identificados através do teste respiratório da ureia C13. Com efeito, os resultados demonstraram uma concordância absoluta entre os dois testes (Sensibilidade-100%; Especificidade-100%; VPP-100%; VPN-100%; Concordância observada 100%; Coeficiente k -100%).

**Conclusão:** O teste respiratório da ureia C14 mostrou ser um método não invasivo, válido e reprodutível, no diagnóstico da infecção pelo Hp, sendo mais rápido, prático, barato e portátil do que o teste respiratório de referência. No entanto, apresenta algumas limitações de segurança associadas ao longo tempo de semi-vida do C14, aparentemente minimizadas pela muito baixa dose utilizada daquele isótopo radioactivo.

147

### LESÕES SUBEPITELIAIS DO TUBO DIGESTIVO - UMA SÉRIE DE 328 CASOS

**Autores**

Moutinho-Ribeiro P., Leite S., Cotter J.

**Instituição**

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave. Guimarães

**Resumo**

**Objectivo:** Análise descritiva de uma série de Lesões Subepiteliais (LS) do tubo digestivo, diagnosticadas por Ecoendoscopia Radial (EER); Caracterização da população, indicação do exame, localização e tamanho das lesões, achados ultra-sonográficos, e sua influência na orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes.

**Métodos:** Análise retrospectiva das EER realizadas, consecutivamente, nos primeiros 36 meses (Abril/08 a Março/11) após a implementação desta técnica no Serviço. Considerámos quer as EER altas (EER-A), quer as baixas (EER-B). Equipamento:

ecoendoscópio radial Olympus GF-UE160-AL5 e ecógrafo ALOKA alfa-10.

**Resultados:** De um total de 534 EER, em 328(61,4%) foram diagnosticadas LS, representando 318(83,0%) das 383 EER-A e 10(6,6%) das 151 EER-B efectuadas. População: 198(60,4%) mulheres, 130(39,6%) homens; idade média- 57,1±11.4 anos. Principais indicações para EER: suspeita de LS em exame endoscópico- 212(64,7%); seguimento de LS- 111(33,8%); suspeita de LS em TC/RMN- 5(1,5%); Localização da LS: esófago- 92(28,0%); estômago- 190(57,9%); duodeno- 36(11,0%); sigmóide/recto- 10(3,1%). Tamanho médio da LS: 10,8±6.5mm. Diagnósticos ecoendoscópicos "prováveis" mais prevalentes: no esófago: leiomioma- 66(71,7%) e lesão incompleta- 8(8,7%); no estômago: tumor do estroma- 73(38,4%), pâncreas ectópico- 44(23,1%) e lipoma- 27(14,2%); no duodeno: tumor do estroma- 11(30,5%), lipoma- 9(25,0%) e lesão incompleta - 5(13,8%); no sigmóide/recto: endometriose- 5 (50,0%) e carcinoma- 2 (20,0%). Orientação diagnóstica e/ou terapêutica do doente: PAAF - 28(8,5%); ressecção endoscópica - 18(5,5%); ressecção cirúrgica- 16(4,9%); estudo com minisonda- 1(0,3%); vigilância ecoendoscópica- 143(43,6%); nenhuma- 122(37,2%).

**Conclusões:** Verificámos um predomínio dos indivíduos do sexo feminino. As LS localizaram-se mais frequentemente no estômago (57,9%), seguidas pelo esófago (28,0%). Em 8,5% foi proposta PAAF, principalmente em lesões de características inespecíficas e tumores do estroma gástricos. Em 10,4% foi sugerida a ressecção da LS, quer endoscopicamente (LS pequenas, limitadas à submucosa), quer cirurgicamente (tumores do estroma gástricos e focos de endometriose).

148

#### REMOÇÃO DE LESÕES GASTROINTESTINAIS SUPERFICIAIS POR DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA EM REGIME DE AMBULATÓRIO.

##### Autores

Baldaque Silva F., Bastos P., Macedo G.

##### Instituição

Serviço de Gastrenterologia Hospital de São João, Porto

##### Resumo

**Introdução:** O uso de técnicas de ressecção da mucosa em lesões gastrointestinais maiores a 15mm está associada a risco de ressecção incompleta, recidiva e a difícil interpretação anatomopatológica. A dissecção da submucosa (DS) permite um aumento das taxas de ressecção em bloco, mas pode complicar-se com maior frequência com hemorragia e/ou perfuração. Normalmente estes procedimentos são realizados em regime de internamento.

**Objectivo:** Descrever a experiência inicial do nosso centro na técnica de DS em regime de ambulatório.

**Métodos:** Três doentes com lesões superficiais do recto (20 - 49 mm) com displasia de baixo grau (1) e alto grau (2) e uma doente com lesão superficial do antro (15 mm) com displasia de alto grau, forma incluídos. Após avaliação por ecoendoscopia foi realizada DS na unidade de endoscopia, usando DualKnife® e IT-Knife®. Os exames foram realizados em regime de ambulatório sob sedação com midazolam e petidina ou anestesia geral com propofol.

**Resultados:** A ressecção em bloco foi possível em todos os doentes, sendo completa (R0) em 3 dos casos. No caso em que ressecção não foi incompleta a margem apresentava focalmente displasia de baixo grau, sendo as biopsias da escara negativas às 8 semanas. Não ocorreram hemorragias significativas ou perfurações. Em 2 casos foi usado 1 hemoclip e noutro 4 hemoclips. A duração dos procedimentos variou entre 58 e 180 minutos.

**Conclusões:** Após aprendizagem adequada, e nos casos apropriados, a DS parece ser uma técnica segura e eficaz, podendo ser realizada em regime de ambulatório.

149

#### COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS NA OBSTRUÇÃO CÓLICA MALIGNA

##### Autores

Ferreira F., Pereira P., Azevedo F., Ribeiro A., Marques M., Bastos P., Macedo G.

##### Instituição

Hospital de São João

##### Resumo

**Introdução:** A colocação de próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) é um excelente meio de palição, potenciando o tratamento a longo prazo da obstrução colo-rectal maligna.

**Objectivo:** Determinar a eficácia e a segurança da colocação de PMAE no tratamento da obstrução colo-rectal maligna.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de 24 doentes consecutivos referenciados para colocação de PMAE por obstrução colo-rectal maligna, entre Maio 2008 e Janeiro 2011. Avaliou-se a eficácia, complicações agudas (< 7 dias após colocação PMAE), complicações crónicas (> 7 dias) e a sobrevida.

**Resultados:** Foram submetidos a colocação PMAE 24 doentes, 12 mulheres e 12 homens com idade média de 75±11 anos. As indicações foram 70% neoplasia do sigmóide, 13% neoplasia do recto, 13% compressão extrínseca e 4% neoplasia do cólon descendente. As PMAE foram colocadas para palição em 20 casos e pré-operatoriamente em 4 casos.

Foram utilizadas 11 próteses Wallflex® e 14 próteses Hanrostant®; sendo 21 próteses colocadas com controlo endoscópico e fluoroscópico e 4 apenas com controlo endoscópico utilizando o endoscópico fino de 5,9 mm.

Em 50% dos casos utilizou-se o endoscópico fino, para ultrapassar e medir a extensão da estenose maligna. Apenas um doente necessitou de dilatação prévia à colocação PMAE. Ocorreu sucesso técnico em todos os casos, associada a melhoria da sintomatologia.

Complicações agudas ocorreram em 7 doentes (29%): rectorragias em quatro e tenesmo em um doente; verificou-se num caso migração parcial imediata da prótese com necessidade de colocação de uma segunda prótese. Complicações tardias ocorreram em 5 doentes (21%): obstrução da prótese em três, rectorragias em um e migração distal da prótese em um doente. A sobrevida média foi 113 dias (2-244). Não houve mortalidade relacionada com colocação da PMAE.

**Conclusões:** A colocação de PMAE na obstrução colo-rectal maligna é eficaz e segura. O endoscópico fino é uma excelente opção em estenoses severas.

## 150 PALIAÇÃO DA OCLUSÃO CÓLICA MALIGNA COM PRÓTESES METÁLICAS AUTOEXPANSÍVEIS: SUCESSO TÉCNICO E CLÍNICO

### Autores

Marcos Pinto R, Silva R, Mesquita N, Brandão C, Pimentel-Nunes P, Cardoso E, Dinis-Ribeiro M, Moreira Dias L

### Instituição

Instituto Português de Oncologia do Porto Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

### Resumo

#### Introdução

A utilização de próteses metálicas auto expansíveis (PMAE) em doentes que desenvolvem oclusão maligna do cólon poderá ser uma opção eficaz técnica e clinicamente. No entanto, a experiência publicada limita-se a pequenas séries.

#### Objectivos

Avaliar a eficácia técnica e clínica, assim como as complicações da paliação da oclusão maligna do cólon com PMAE.

#### Material e Métodos

Foram revistos, retrospectivamente, 35 casos de paliação de oclusão maligna do colon com a colocação de prótese decorridos entre 2007 e 2009. Do universo total foi possível incluir no estudo 21 casos.

#### Resultados

A idade média foi de 63 anos e 48% eram do sexo masculino. 62% dos doentes apresentava um quadro clínico de oclusão intestinal e 38% de subocclusão. Em 73% dos casos a doença era carcinoma colorectal (destes, 52% eram rectais, 19% da transição rectosigmoide e os restantes proximais a esta) e os restantes apresentavam neoplasias extracólicas com compressão/invasão luminal. Todos os doentes apresentavam doença avançada na altura da colocação da PMAE. Em 71% dos doentes

foi realizada quimioterapia e/ou radioterapia prévias. Em 48% foi possível franquear a lesão no timing da colocação da prótese (para tal foi usado Gastrosκόpio extra-fino em 19% dos casos). Foram colocadas 67% de próteses Ultraflex<sup>®</sup> e 33% de próteses Wallflex<sup>®</sup>. Foi alcançado sucesso técnico em 100% dos casos e sucesso clínico em 90% (metade dos procedimentos sem sucesso apresentavam estenoses superiores a 9 cm), sendo que a taxa de complicações foi de apenas 4,7% (1 caso de hemorragia)

**Conclusões:** Na terapêutica paliativa da oclusão maligna do colon a utilização de próteses metálicas auto expansíveis apresenta uma alta taxa de eficácia clínica e técnica com baixa percentagem de complicações o que a torna numa alternativa minimamente invasiva e eficaz em relação à abordagem cirúrgica.

## 151 AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DE COMPLICAÇÕES PÓS-POLIPLECTOMIA: EXPERIÊNCIA INICIAL DE 3 MESES

### Autores

Eliseu L., Cardoso R., Arroja B., Almeida N., Ferreira M., Gouveia H., Sofia C.

### Instituição

Serviço de Gastrenterologia Hospitais da Universidade de Coimbra

### Resumo

**Introdução:** A polipectomia endoscópica constitui um procedimento acessível, simples e pouco invasivo. No entanto, não é isenta de complicações potencialmente graves, como a hemorragia, a perfuração e a síndrome pós-polipectomia. Tratando-se de uma técnica largamente praticada, é desejável a avaliação posterior das complicações ocorridas.

**Objectivos:** Determinar a taxa de complicações da polipectomias colo-rectais. Caracterizar essas mesmas complicações, respectiva resolução e factores de risco associados (características dos pólipos, toma de fármacos).

**Doentes e Métodos:** Incluídos prospectivamente, de forma sequencial, 148 doentes (sexo masculino-101; média etária-63,5±11,2 anos) submetidos a colonoscopia com polipectomia num período de 3 meses. Excluídos aqueles com lesões planas >1 cm excisadas por mucosectomia. Consulta de registos clínicos para determinação da ocorrência de complicações imediatas, características dos pólipos e técnica utilizada. Entrevista telefónica, um mês após o procedimento, para avaliação de eventuais complicações tardias e factores predisponentes, complementada com consulta de processos clínicos. Análise estatística com SPSS v.17.

**Resultados:** Nos 148 doentes foram efectuadas 243 polipectomias, 219 com ansa diatérmica (3 delas com injeção submucosa prévia). Pólipos com dimensão média de 0,8±0,5 cm,



maioritariamente localizados ao cólon sigmóide (40,0%) e sésseis (64,6%). Recuperados para estudo histológico 210 pólipos: 129 adenomas (tubulares – 97, tubulo-vilosos – 29, vilosos – 2, serreados – 1; com neoplasia intra-epitelial de baixo grau – 122); 3 pólipos mistos; 3 adenocarcinomas. Ocorrência de complicações imediatas em 3 lesões (1,2%), de 3 doentes (2,0%), todas sob a forma de hemorragia, com necessidade de terapêutica endoscópica em 2. Identificadas complicações tardias em 3 doentes (2,4%, n=127): 2 hemorragias auto-limitadas e 1 com necessidade de terapêutica endoscópica e internamento.

**Conclusão:** A polipectomia endoscópica é uma técnica com baixa taxa de complicações. A mais frequente é a hemorragia, geralmente auto-limitada ou resolúvel com terapêutica endoscópica. Nesta amostra não se conseguiram identificar eventuais factores de risco associados à ocorrência de complicações.

152

### COMPLICAÇÕES DA POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA NO CÓLON: ESTUDO PROSPECTIVO

#### Autores

Carvalho R., Saraiva S., Areia M., Brito D., Alves S., Cadime AT.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra

#### Resumo

**Introdução:** A polipectomia endoscópica é um procedimento com grande impacto na prevenção do cancro colo-rectal, no entanto não é isenta de riscos. As principais complicações são hemorragia e perfuração, estimando-se que ocorram, respectivamente, em cerca de 2% e 0.3% dos procedimentos.

**Objectivo:** Avaliar a taxa de complicações da polipectomia endoscópica do cólon.

**Material e métodos:** Estudo prospectivo de Outubro/2009-Dezembro/2010. Neste período efectuadas 1336 polipectomias com ansa (4.5% usando técnica de mucosectomia). Incluídos no estudo apenas doentes avaliados em consulta externa com preenchimento de folha específica de registo das complicações (tempo após o exame, procedimento endoscópico, características dos pólipos e complicações). Análise estatística com teste exacto de Fisher (SPSS 16.0).

**Resultados:** Efectuadas 707 polipectomias (4.8% mucosectomias) em 321 doentes (62.8±11.1 anos, 63.5% sexo masculino). Tempo médio de consulta após polipectomia: 41.2±24.1 dias, 91% das colonoscopias sem anestesia. Tamanho médio dos pólipos 7.68 mm (79.8% ≤ 10mm, 20.2% > 10mm). 54.1% localizados na região recto-sigmóide e 67.7% sésseis.

Taxa global de complicações por polipectomia de 1.8%: taxa de hemorragia de 1.4% (5 casos de hemorragia imediata debelada durante procedimento e 5 casos tardia), taxa de perfuração

de 0.1% e taxa de outras complicações de 0.3% (2 casos de síndrome pós-polipectomia). Complicações tardias ocorreram 1.5 (1-10) dias após o procedimento, com internamento em 4 doentes (tempo médio de internamento – 4 dias). Sem necessidade de transfusão em nenhum caso, sendo todos controlados com terapêutica médica (4 – hemostase endoscópica). Hemorragia tardia mais frequente nos pólipos sésseis Vs. pediculados (0.8 Vs. 0.4%, p=1.0) e com dimensões > 10 mm (2.7 Vs. 0.7%, p=0.008).

**Conclusões:** Da nossa experiência verificamos que a polipectomia cólica é um procedimento seguro, com uma taxa de complicações semelhante à descrita em séries internacionais. Saliênta-se que todas as complicações descritas foram controladas de forma conservadora, sem consequências adversas permanentes nem nenhum caso mortal.

153

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA COLONOSCOPIA DE RASTREIO DO CARCINOMA CÓLON-RECTAL NUM CENTRO TERCIÁRIO

#### Autores

Gonçalves A., Noronha Ferreira C., Marques A., Carrilho Ribeiro L., Velosa J.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, CHLN - Hospital Santa Maria

#### Resumo

**Introdução:** a eficácia da colonoscopia de rastreio na diminuição da incidência do cancro cólon-rectal (CCR) depende da qualidade do procedimento. Têm sido propostos internacionalmente vários indicadores chave de qualidade com o objectivo de melhorar a eficácia. **Objectivos:** avaliar a qualidade da colonoscopia de rastreio realizado num centro terciário.

**Métodos:** revisão retrospectiva das colonoscopias de rastreio realizadas entre 2005 e 2009, avaliando indicadores de qualidade aceites internacionalmente: taxa detecção pólipos (TDP), qualidade da preparação, taxa de entubação cecal, fotodocumentação de marcos cecais, sedação.

**Resultados:** 1545 pessoas (idade média 60±10, mulheres 62%) realizaram colonoscopia índice de rastreio. A taxa de entubação cecal foi de 91% e a fotodocumentação realizada apenas em 81%. 14%(84) dos exames foram incompletos; motivos- intolerância 40%, má preparação 35%, dificuldades técnicas 18%, lesão obstrutiva 0,5%. Apenas 30% destes pacientes realizaram nova colonoscopia no mesmo ano. A qualidade da preparação foi classificada como boa 76%, razoável 11%, má 13% e não houve diferenças significativas entre géneros. Realizada sedação ligeira e profunda em 25% e 7% respectivamente; houve mais exames incompletos devido a intolerância em pacientes sem sedação

do que com sedação ligeira, ainda que não significativa (6%vs5%,  $p=0.31$ ). A taxa de detecção de pólipos (TDP) foi de 33%; TDP significativamente maior em homens (H 44% vs M 25%,  $p=0.0001$ ). Outros factores significativos na TDP: qualidade da preparação (OR 1.28 IC 95% 0.9-1.6)  $p=0.05$ , idade>50 anos (OR 1.9 IC 95% 1.3-2.9)  $p=0.004$ . Taxa de CCR : 0.3%.

**Conclusões:** as taxas de entubação cecal e qualidade de preparação são sub-óptimas quando comparadas com índices internacionais (>95% e < 10% respectivamente). A taxa de detecção de pólipos é equiparada ao recomendado e os seus principais determinantes são a idade > 50 anos, sexo masculino e qualidade da preparação. Este trabalho poderá ser ponto de partida para melhoria da qualidade da colonoscopia de rastreio.

154

### TERAPÊUTICA COM ÁRGON PLASMA NA PROCTITE RÁDICA: ANÁLISE DE UMA SÉRIE HOSPITALAR

#### Autores

Carvalho R., Areia M., Saraiva S., Brito D., Alves S., Cadime AT.

#### Instituição

Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra

#### Resumo

**Introdução:** A proctite rádica (PR) é uma complicação tardia da radioterapia pélvica que se manifesta geralmente por rectorragias. A maioria dos casos é refractária ao tratamento médico, e o tratamento endoscópico com árgon plasma (APC) tem-se revelado eficaz.

**Objectivo:** Descrever uma casuística de doentes com PR submetidos a terapêutica com APC.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo em doentes (dts) submetidos a tratamento com APC a 35 watts de 2008-2010. Avaliados os valores de hemoglobina (Hb) e classificada a PR em moderada e severa usando um score endoscópico (SE). Sucesso terapêutico definido como ausência de rectorragias ou terapêutica endoscópica adicional. Análise estatística com testes t-Student e Mann-Whitney (SPSS 16.0).

**Resultados:** 48 doentes (67.0±8.8 anos, 58% sexo feminino) manifestaram rectorragias 23 (9-288) meses após a radioterapia. A PR foi classificada como moderada em 20 (42%) dts e severa em 28 (58%).

Obteve-se sucesso terapêutico em todos os dts após uma mediana de 2 (1-7) sessões de APC. O número de sessões aumentou com a gravidade do SE (1.65 Vs. 2.96,  $p=0.001$ ) e com a presença de anemia (Hb<10.1 g/dL) (3.0 Vs. 2.0,  $p=0.08$ ). Ocorreu ainda um aumento significativo da Hb após tratamento (12.3 Vs. 12.8 g/dL,  $p=0.01$ ).

A toma de anti-agregantes não influenciou os valores de Hb (12.5 Vs. 12.3,  $p=0.87$ ), assim como o uso em 44% dos dts de tera-

pêutica médica (12.9 Vs. 12.8,  $p=0.83$ ). Como complicação ocorreu um caso de úlcera rectal assintomática (2% dos dts). Após um seguimento médio de 16.0±9.8 meses não ocorreram recidivas.

**Conclusão:** A terapêutica com APC revelou-se eficaz e segura na PR. A gradação endoscópica permite identificar doentes com doença severa que poderão necessitar de maior número de sessões. A toma de anti-agregantes ou outras terapêuticas não influenciou a obtenção de sucesso terapêutico.

# Comunicações Orais Enfermeiros

Comunicações Orais - N<sup>os</sup> 1 a 3

**Comunicações Oraís**

2 Junho, 2011

17.15

Sala António Catita

1

**AUDITORIA AO REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS E ACESSÓRIOS****Autores**

Andrade J.

**Instituição**

Centro Hospitalar do Alto Ave-Guimarães Serviço de Gastrenterologia Unidade de Endoscopia Digestiva

**Resumo**

**Introdução:** "Auditoria ao Reprocessamento de Endoscópios e Acessórios" descreve conjunto de procedimentos que visam melhorar práticas na gestão do risco em endoscopia. Ferramenta desenvolvida para colmatar necessidades identificadas pela nossa Unidade. Construída em parceria com "Comissão Controlo Infecção" e aplicada a todos os Serviços que utilizam endoscopia flexível. Objectivos: Aplicação de instrumento de gestão para avaliação das acções da qualidade. Processo construtivo de auxílio à prevenção de problemas na área do risco de infecção em endoscopia. Esta auditoria visa verificação e certificação da implementação da Qualidade das Boas Práticas.

**Metodologia:** Utilização de sistema interactivo de normas, formulário de verificação/colheita de dados e tabelas de quantificação do risco, formatados com princípios preconizados pelas instituições de referência, que permite elaboração de relatório objectivo da prática diária.

**Norma:** Norma específica com o objectivo de "diminuir risco de infecção associada ao uso de endoscópios flexíveis" e "uniformizar procedimentos relativos às práticas de descontaminação", transversal a toda a instituição.

**Formulário:** Inclui "Padrões" como Procedimento de descontaminação; Garantia de qualidade; Formação específica; Gestão. Estes estão subdivididos em "Critérios" na especificidade para permitir e orientar uma observação rigorosa e eficiente. Risco: Tabelas de acordo com "International Federation Infection Control".

**Relatório final:** Descrição objectiva da prática diária com propostas para a mudança.

**Sumário dos resultados:** Avaliação global da Endoscopia Flexível da instituição que constatou disparidade de procedimentos. Na Endoscopia Digestiva detectaram-se desvios em Critérios específicos de alguns Padrões. Identificaram-se focos de atenção para investimento futuro com ponderação custo/benefício.

**Conclusão:** É necessária ferramenta que possibilite monitorizar o reprocessamento para corrigir desvios provocados pela rotina diária, condições inadequadas, normas, critérios e procedimentos deficientemente implementados.

O envolvimento formal dos vários departamentos de uma instituição é facilitador para detectar deficiências e limitações. Automaticamente é apontado o caminho da mudança. As propostas são institucionalmente validadas favorecendo os Serviços que delas possam beneficiar.

2

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: O ENFERMEIRO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA****Autores**

Sousa C., Andrade J.

**Instituição**

Centro Hospitalar do Alto Ave Serviço de Gastrenterologia Unidade de Endoscopia Digestiva

**Resumo**

**Introdução:** Hemorragia digestiva alta constitui uma das principais situações de emergência em endoscopia digestiva. Este trabalho tem como objectivo reflectir sobre os cuidados de enfermagem ao utente em situação de peri-paragem com hemorragia digestiva alta, nos momentos pré, peri e pós procedimento endoscópico.

**Metodologia:** método expositivo - apresentação de caso clínico. Desenvolvimento: Apresenta-se caso clínico de mulher de 42 anos com antecedentes de cirrose biliar primária submetida a transplante hepático há três meses. Recorre ao Serviço de Urgência por hematemeses. À chegada à Unidade apresentava hipotensão, taquicardia, presença de sangue vivo na sonda nasogástrica e perfusão de glóbulos rubros. Na fase pré-exame tentou-se a estabilização da utente e realizou-se a avaliação inicial de enfermagem (monitorização de sinais vitais, estado de consciência, alergias conhecidas, jejum, medicação habitual, co-morbilidades); colocado outro acesso venoso periférico (ch18) com perfusão de colóide. Na sala de terapêutica endoscópica estiveram dois enfermeiros, um responsável pela administração de fármacos, vigilância das perfusões, monitorização de sinais vitais, estado de consciência da utente; outro colaborou no procedimento endoscópico tendo antes do exame verificado a existência/operacionalidade de todos os equipamentos e acessórios que podiam ser necessários. Durante a endoscopia detectou-se hemorragia em jacto proveniente de varizes esofágicas; foi efectuada laqueação elástica com controlo da hemorragia. Pós-procedimento manteve vigilância de enfermagem com monitorização de sinais vitais, estado de consciência, posicionamento adequado, protecção da via aérea, administração de hemoderivados e fármacos.

**Resultados:** Reconhece-se a importância da prestação de cuidados de enfermagem holísticos, seguros, em tempo útil aos utentes com hemorragia digestiva alta, nos momentos pré, peri e pós exame.

**Conclusões:** Situações como a hemorragia digestiva alta exigem dos enfermeiros uma actuação rápida, eficiente e protocolada pelas Recomendações actuais da emergência, o que contribuirá para o sucesso do procedimento endoscópico e bom prognóstico do utente.

### 3

#### PAPEL DO ENFERMEIRO NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE UMA TÉCNICA ENDOSCÓPICA AVANÇADA (ECOENDOSCOPIA)

##### Autores

Soares, C.; Dias, A.

##### Instituição

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, FG

##### Resumo

**Introdução:** A Ecoendoscopia, técnica endoscópica avançada, representa um significativo desenvolvimento tecnológico, com importantes implicações na abordagem diagnóstica e terapêutica dos doentes, pois permite avaliar a parede do tubo digestivo e órgãos adjacentes. O papel do enfermeiro é fundamental para o êxito da técnica, quer no apoio durante a realização do exame, quer no ensino e encaminhamento do doente no pré e pós exame.

**Objectivos:** Apresentar a casuística da Ecoendoscopia no nosso Serviço e demonstrar a importância do enfermeiro na gestão de marcações e o seu papel na equipa multidisciplinar da Ecoendoscopia.

**Métodos:** Avaliou-se o número de exames agendados em dois períodos semanais no período compreendido entre Agosto de 2010 e Fevereiro de 2011.

**Resultados:** Os 241 agendamentos de Ecoendoscopia corresponderam a 204 exames realizados, dos quais 133/204 (65,2%) com o Ecoendoscópio Radial e 71/204 (34,8%) com o Linear. Tendo em conta os dois períodos semanais, realizaram-se em média 5 exames por sessão. Constatou-se que 37/241 (15%), não foram realizados no dia programado e necessitaram ser remarçadas, dos quais 16/37 (43,2%) por deficiente agendamento (exames com aparelhos linear/radial) e 21/37 (56,8%) por informação insuficiente ao doente (falta de acompanhante e de exames complementares, suspensão de terapêutica anticoagulante).

**Conclusões:** 1) Temos um número elevado de exames realizados por sessão, com pressão elevada de agendamento pela patologia e necessidade de orientação dos doentes. 2) O número de exames remarcados (15%) poderia ter sido menor se tivesse existido uma consulta prévia de enfermagem. 3) Percebemos a necessidade de incrementar a organização associada à Ecoendoscopia e o encaminhamento dos doentes, sendo o enfermeiro o profissional com perfil mais adequado para esta função.

**Posters  
Enfermeiros**

**Posters - N<sup>os</sup> 1 a 5**



1

## POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR DO CÓLON - REALIDADE DE UMA CONSULTA DE RISCO FAMILIAR

### Autores

Parreira J., Simões C., Rodrigues P.

### Instituição

Clínica de Risco Familiar do IPOLFG, EPE

### Resumo

**Introdução:** A Polipose Adenomatosa Familiar do Cólon (PAF-C) sendo um síndrome hereditário com transmissão autossómica dominante, causado por mutações germinais no gene APC, é responsável por  $\leftarrow$ 1% de todos os carcinomas do cólon e recto (CCR). Um portador da mutação no gene APC tem 100% de probabilidade de desenvolver CCR, se não for realizada cirurgia profilática. Associam-se ainda manifestações extra-cólicas (MEC) benignas e malignas. Devido à sua complexidade, é necessário efectuar um seguimento regular por uma equipa multidisciplinar. O Enfermeiro desempenha um papel fundamental no seguimento destas famílias, relativamente ao apoio emocional, ensino da preparação adequada para a realização de sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia e esclarecimento de dúvidas.

**Objectivos:** Caracterizar as famílias com PAF-C seguidas numa Consulta de Risco Familiar (CRF) e avaliar a necessidade de apoio psicológico nestes doentes.

**Métodos:** Foram incluídas 74 famílias com PAF-C e mutação no gene APC, registadas na CRF entre 1993 e 2010. Analisou-se o género, realização de cirurgia profilática e a presença de manifestações extra-cólicas. O apoio psicológico foi assegurado por psicóloga/psiquiatra com experiência nesta área.

**Resultados:** As 74 famílias incluíram 112 indivíduos portadores de mutação no gene APC (52H e 60M). Foram submetidos a colectomia profilática 55/112 (49%) doentes. Identificaram-se as seguintes MEC: osteomas em 19, pólipos de glândulas fúndicas em 14, adenomatose duodenal em 27, tumores desmóides em 12, carcinoma papilar da tiroideia em 2 e adenocarcinoma do duodeno em 2 doentes. Apenas 9/112 (8%) portadores necessitaram de apoio psicológico.

**Conclusões:** 1) Efectuou-se colectomia total profiláctica num número significativo de doentes com PAF-C para prevenir o desenvolvimento de CCR; 2) Apesar de se tratar de uma doença hereditária com várias manifestações de gravidade variável, o apoio psicológico foi necessário numa percentagem pequena de portadores.

2

## O ENFERMEIRO E A CPRE

### Autores

Teixeira A.; Leitão C.; Freitas M.; Borralho R.; Moreira B.; Vieira A.; Neves F.; Duarte S.; Raposo A.; Lopes C.

### Instituição

Hospital Cuf Infante Santo Centro de Gastrenterologia

### Resumo

#### Objectivos:

- Realçar a importância do enfermeiro na prestação de cuidados ao utente submetido a CPRE;
- Quantificar o número de CPRE's realizados no nosso serviço durante o ano de 2010;
- Identificar as patologias mais frequentes que levaram à realização de CPRE nesse ano.

#### Material:

- Registos de enfermagem dos utentes submetidos a CPRE no ano 2010;
- Pesquisa bibliográfica.

#### Sumário dos resultados:

A enfermagem na área da gastrenterologia tem sofrido grandes evoluções ao longo dos anos. A CPRE consiste num método de diagnóstico de doenças bilio-pancreáticas, a qual exige uma participação activa de uma equipa multidisciplinar.

Em função da especificidade deste exame, e para que se evidencie uma melhoria significativa dos resultados, deverá haver uma preocupação na constituição de equipas bem treinadas. No nosso serviço, a equipa multidisciplinar é constituída por três Enfermeiros (um de anestesia e dois instrumentistas), um Gastrenterologista, um Anestesista, uma Técnica de Radiologia e uma Auxiliar da Acção Médica.

Durante a permanência do utente no serviço, o Enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados desde o seu acolhimento até ao momento da sua alta, atendendo a todas as suas necessidades enquanto ser único. Todos estes cuidados de enfermagem serão objecto de reflexão no trabalho apresentado. O serviço abriu em Agosto de 2006, realizando CPRE's três dias por semana. Durante o ano 2010 foram realizados 792 exames, sendo as patologias mais frequentes: icterícia, colangite, pancreatite, litíases e estenoses da via biliar e pancreática.

#### Conclusões:

O enfermeiro em endoscopia deve ser especializado, na área de procedimentos endoscópicos de diagnóstico e tratamento, com o objectivo da optimização dos cuidados, uma vez que os utentes submetidos a estes procedimentos têm o direito de ser tratados por enfermeiros qualificados e treinados.

3

## MONITORIZAÇÃO MICROBIOLÓGICA: A QUALIDADE DO REPROCESSAMENTO DOS ENDOSCÓPIOS

### Autores

Bessa S., Moreira C.

### Instituição

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães Serviço de Gastrenterologia Unidade de Endoscopia Digestiva

**Resumo**

**Introdução:** A prevenção da infecção nosocomial cruzada em Gastrenterologia é uma das principais áreas de atenção da equipa de enfermagem. O método de desinfecção utilizado é seguro e eficaz quando cumpridas as Recomendações do reprocessamento dos endoscópios, a par das instruções dos fabricantes dos desinfetantes e detergentes, e dos fabricantes dos equipamentos de desinfecção. Contudo, existe um instrumento de diagnóstico que é sensível e específico – a cultura microbiológica, que é considerado uma mais valia para a detecção de possíveis falhas no seu reprocessamento, impedindo desta forma a propagação de microrganismos.

**Material:** Foram consultados os documentos de registo dos dados do reprocessamento dos endoscópios que foram submetidos a uma análise microbiológica mensal, onde consta o tipo de aparelho e respectivo número de série, a data da análise microbiológica, a máquina de desinfecção utilizada e o colaborador que foi responsável pelo mesmo.

Na pesquisa bibliográfica, foram consultadas referências na área da microbiologia, Recomendações da "European Society of Gastroenterology and Endoscopic Nursing Association", e procedimentos em desinfecção.

**Sumário de resultados:** Do tratamento dos dados conclui-se que todos os aparelhos que foram sujeitos à análise microbiológica não apresentaram colonização microbiana positiva. Conclusões: Podemos concluir que os procedimentos de desinfecção utilizados no Serviço são eficazes e fiáveis, uma vez que a cultura microbiológica dos aparelhos foi sempre negativa. Os testes microbiológicos constituem assim, um procedimento rigoroso que deve ser levado a cabo por todos os Serviços de Gastrenterologia. Este procedimento deve ser mantido e otimizado na procura da excelência em termos de segurança dos cuidados de saúde ao utente na área da Endoscopia Digestiva.

**4****SEDO-ANALGESIA NA COLONOSCOPIA****Autores**

Teixeira A.; Leitão C.; Freitas M.; Borralho R.; Moreira B.; Vieira A.; Neves F.; Duarte S.; Raposo A.; Lopes C.

**Instituição**

Hospital Cuf Infante Santo Centro de Gastrenterologia

**Resumo****Objectivos:**

- Caracterizar os vários tipos de sedo-analgesia;
- Salientar a importância da sedo-analgesia na realização de colonoscopias;
- Identificar as causas mais frequentes para a realização de colonoscopia;
- Mostrar a variação do número de colonoscopias totais realizadas sob sedo-analgesia entre os anos de 2008 e 2010.

**Material:**

- Análise dos dados estatísticos das colonoscopias totais realizadas com sedo-analgesia entre 2008 e 2010 no nosso serviço;
- Análise retrospectiva dos dados estatísticos das colonoscopias totais realizadas com diferentes tipos de sedo-analgesia num único centro entre 2008 e 2010; Foram avaliados a evolução do número de procedimentos anestésicos, da idade e sexo associados ao tipo de procedimento anestésico.

**Sumário dos resultados:** Segundo a Organização Mundial de Saúde, o cancro colo-rectal constitui a nível mundial a terceira causa de morte por neoplasia. Em Portugal, o CCR representa a primeira causa de morte por cancro, tendo a mortalidade vindo a aumentar consistentemente nas últimas décadas. A Colonoscopia consiste num método endoscópico de eleição no rastreio, diagnóstico e tratamento do cancro colo-rectal. Não obstante, este exame pode provocar desconforto e dor em função das manobras realizadas, as quais implicam tracção do mesentério e distensão do lúmen.

O recurso a sedo-analgesia tem como finalidade aliviar a ansiedade, o desconforto, a dor e diminuir ou abolir as respostas reflexas e a memória do exame como doloroso.

Entre 2008 e 2010 foram realizadas 4531 colonoscopias sob sedo-analgesia, comparativamente às 2392 realizadas sem qualquer tipo de sedação.

**Conclusões:** Sendo a colonoscopia um exame fulcral no diagnóstico e tratamento das doenças do foro intestinal, este deve ser realizado com o máximo conforto e segurança possíveis para o cliente de forma a garantir quer uma maior adesão por parte da população como uma observação mais completa e fiável por parte da equipa multidisciplinar.

**5****ENFERMEIRO DE ENDOSCOPIA: PARA ALÉM DAS SALAS DE TÉCNICAS****Autores**

Bré R., Penso A., Sousa C., Andrade J.

**Instituição**

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães Serviço de Gastrenterologia Unidade de Endoscopia Digestiva

**Resumo**

**Introdução:** Actualmente, as nossas Unidades de Técnicas de Endoscopia Digestiva encontram-se em contínuo desenvolvimento, sendo acompanhado pelo aumento do número de exames diagnósticos, terapêuticos, com ou sem sedação. Face a esta realidade, para que a prestação dos cuidados de enfermagem seja adequada e eficaz emerge a necessidade de estabelecer padrões de qualidade em enfermagem no atendimento aos utentes, antes, durante e após o procedimento endoscópico.

**Objectivos:** Realçar a importância da realização de um conjunto de procedimentos, e o seu contributo para uma prática de enfermagem segura e de qualidade, numa Unidade de Endoscopia Digestiva.

**Metodologia:** Método expositivo; apresentação de modelo de registos de enfermagem sistematizado e específico para esta Unidade.

**Sumário dos resultados:** A introdução deste modelo de registos veio orientar a equipa para a prestação de cuidados de enfermagem holísticos e uniformes. Deste modo, todos os enfermeiros de endoscopia digestiva serão capazes de proporcionar cuidados de enfermagem óptimos que promovam a qualidade de vida dos utentes submetidos a procedimentos endoscópicos. A avaliação inicial, os registos peri-exame e os cuidados pós procedimento, com a ajuda de formulário e escalas predefinidas e reconhecidas por entidades de referência, permitem avaliar e validar a evolução do utente de forma objectiva e segura.

**Conclusão:** com base na nossa prática e observação diárias constatamos que a implementação desta ferramenta contribui para uma prática mais segura, eficiente e uniforme. Possibilita o cumprimento dos requisitos preconizados para as práticas de qualidade onde a quantificação dos dados observados e o seu registo são monitorizados.

- Abrantes A. M.** CO9 [37]  
**Açucena F.** P141 [99]  
**Afonso L.** CO4 [35] CO6 [36]  
**Afonso M.** P106 [83] P107 [83]  
**Afonso M. B.** CO52 [57]  
**Agostinho C.** CO45 [53] P117 [88] P118 [88] P127 [92] P129 [93]  
**Agundez M.** CO55 [58] CO56 [59] P115 [87]  
**Alberto L.** P80 [70]  
**Albuquerque A.** IE30 [47] CO51 [56] P92 [76] P100 [80] P103 [81] P87 [74] P94 [77]  
**Albuquerque C.** CO18 [42] CO46 [54]  
**Alexandrino P.** CO40 [51] P122 [90]  
**Almeida N.** IE34 [49] CO48 [55] IE62 [61] IE66 [63] P82 [71] P83 [72] P84 [72] P125 [91] P126 [92] P151 [103]  
**Almeida R.** P106 [83] P107 [83]  
**Alves A. L.** CO11 [38]  
**Alves M.** P106 [83] P107 [83]  
**Alves R.** P92 [76]  
**Alves R. S.** CO7 [36] CO8 [37]  
**Alves S.** CO44 [53] IE64 [62] P152 [104] P154 [105]  
**Amaral I.** IE33 [48]  
**Amaro P.** IE34 [49] CO42 [52] IE72 [65] P83 [72] P126 [92]  
**Antunes D.** P86 [73]  
**Araújo R.** P102 [81]  
**Areia M.** CO6 [36] CO44 [53] IE64 [62] P152 [104] P154 [105]  
**Areias J.** IE28 [46] IE35 [49] CO47 [54] CO49 [55] CO57 [59] IE61 [61] P111 [85] P120 [89] P105 [82]  
**Arroja B.** IE34 [49] IE58 [60] IE66 [63] IE72 [65] IE73 [66] P77 [69] P125 [91] P126 [92] P146 [101] P151 [103]  
**Augusto F.** CO11 [38]  
**Azevedo F.** P149 [102]  
**Baldaque F.** CO21 [43] CO24 [44] P136 [96] P137 [97] P140 [98] CO19 [42] P148 [102]  
**Baltazar P.** P83 [72]  
**Banhudo A.** CO3 [35] P133 [95]  
**Barbosa M.** P85 [73] P88 [74]  
**Barjas E.** CO40 [51] P108 [83]  
**Barreiro P.** IE37 [50] P81 [71] P90 [75] P139 [98] P144 [100]  
**Barreto F.** IE30 [47]  
**Barroca H.** P140 [98]  
**Bastos P.** CO19 [42] CO21 [43] CO24 [44] IE60 [61] IE65 [63] P91 [76] P136 [96] P137 [97] P140 [98] P143 [100] P148 [102] P149 [102]  
**Bastos R.B.** CO6 [36]  
**Belga S.** CO17 [41] CO46 [54]  
**Belo T.** P101 [80]  
**Bentes T.** P112 [85]  
**Bergman J.** CO6 [36]  
**Bettencourt A.** P79 [70]  
**Bispo M.** P81 [71] P90 [75] P139 [98] P144 [100]  
**Boal-Carvalho I.** CO4 [35]  
**Borrhalho P. M.** CO52 [57] CO13 [39]  
**Botelho M. F.** CO9 [37]  
**Brandão C.** P150 [103]  
**Bredenoord A. J.** P76 [68]  
**Brito D.** P152 [104] CO44 [53] IE64 [62] P154 [105]  
**Brito M.** CO1 [34]  
**Cadillá J.** IE26 [45]  
**Cadime A. T.** CO44 [53] IE64 [62] P152 [104] P154 [105]  
**Caetano A. C.** P119 [89] P121 [89]  
**Caetano C.** IE61 [61]  
**Caldeira A.** CO3 [35] P133 [95]  
**Caldeira P.** P101 [80] P141 [99]  
**Camacho E.** CO42 [52]  
**Campos M. J.** CO45 [53] CO55 [58] CO56 [59] P115 [87] P117 [88] P118 [88] P127 [92] P129 [93]  
**Campos N.** P92 [76] P103 [81] P94 [77]  
**Cancela E.** P102 [81]  
**Canelhas A.** IE30 [47]  
**Canena J.** CO20 [43] CO43 [53]  
**Canhoto M.** IE58 [60] IE73 [66]  
**Cardoso C.** CO11 [38] CO22 [44]  
**Cardoso E.** P150 [103] CO4 [35] IE36 [49] IE39 [51]  
**Cardoso F.** CO41 [52]  
**Cardoso Figueiredo P.** IE27 [46]  
**Cardoso H.** CO19 [42] CO51 [56] IE60 [61] P87 [74] P91 [76] P116 [87] P143 [100]  
**Cardoso O.** CO48 [55] P84 [72]  
**Cardoso R.** IE66 [63] P83 [72] P126 [92] P151 [103]  
**Carepa F.** CO53 [57]  
**Carmo J. P.** P145 [100]  
**Carneiro F.** CO47 [54] CO49 [55]  
**Carrilho F. J.** CO7 [36]  
**Carrilho Ribeiro L.** P89 [75] P108 [83] P109 [84] P153 [104]  
**Carvalho J.** IE33 [48] IE38 [50] IE70 [64] P80 [70] P106 [83] P107 [83] P110 [84]  
**Carvalho R.** CO44 [53] P152 [104] P154 [105]  
**Carvalho T.** CO13 [39]  
**Carvalho-Mello I.** CO7 [36] CO8 [37]  
**Casaca R.** P79 [70]  
**Castanheira A.** P102 [81]  
**Castro e Sousa F.** CO9 [37]  
**Castro Ferreira J.** IE35 [49]  
**Castro R. E.** CO5 [35] CO13 [39] CO52 [57]  
**Castro-Poças F.** IE35 [49] IE60 [61]  
**Chagas C.** P90 [75] P139 [97] P144 [100]  
**Charro N.** P114 [86]  
**Chaves P.** CO10 [38] CO15 [40] CO17 [41] CO18 [42] IE29 [46] IE31 [47] CO46 [54] IE63 [62] P79 [70] P104 [82]  
**Chieira D.** P83 [72]  
**Cipriano M. A.** CO48 [55] P82 [71] P84 [72]  
**Cirnes L.** CO49 [55]  
**Claro I.** CO18 [42] CO23 [44] IE29 [46] CO46 [54] IE63 [62] P104 [82]  
**Coelho A.** CO55 [58] CO56 [59] P115 [87]  
**Conrads T. P.** P114 [86]  
**Contente L.** IE32 [48]  
**Correia J. H.** P145 [100]  
**Correia L.** CO40 [51] P108 [83] P128 [93]  
**Correia S.** CO3 [35]  
**Correia T.** IE62 [61] P82 [71]  
**Cortez-Pinto H.** CO2 [34] CO5 [35] CO10 [38] CO53 [57] CO54 [58]  
**Costa A.** CO24 [44]  
**Costa A.** CO53 [57]  
**Costa M.** P112 [85]  
**Costa-Macedo T.** P89 [75]

- Cotrim I.** IE58 (60) IE73 (66)  
**Cotter J.** CO51 (56) IE59 (60) IE69 (64) P85 (73) P87 (74) P88 (74) P123 (90) P138 (97) P147 (101)  
**Couceiro A.** P110 (84)  
**Coutinho A.** CO20 (43)  
**Coutinho J.** CO53 (57)  
**Couto G.** P90 (75) P81 (71) P139 (98) P144 (100)  
**Cravo M.** CO1 (34) P96 (78) P98 (79)  
**da Silva E. F.** CO7 (36)  
**David L.** CO49 (55)  
**Deus J.** CO41 (52) P93 (76) P124 (91)  
**Dias C.** CO51 (56) P87 (74) P103 (83)  
**Dias M.** P110 (84)  
**Dias N.** P82 (71)  
**Dias Pereira A.** CO17 (41) CO18 (42) IE29 (46) IE31 (47) CO46 (54) CO50 (56) IE63 (62) P79 (70) P104 (82)  
**Dinis Silva J.** CO22 (44) P134 (95)  
**Dinis-Ribeiro M.** CO4 (35) CO6 (36) CO47 (54) CO49 (55) P150 (103)  
**Diogo D.** IE66 (63)  
**Donato H.** P77 (69)  
**Donato M. M.** CO48 (55) P84 (72) P146 (101)  
**Duarte H.** P142 (99)  
**Duarte M. A.** IE25 (45) IE67 (64) IE68 (64)  
**Duque G.** IE34 (49) CO42 (52)  
**Eliseu L.** IE62 (61) P83 (72) P151 (103)  
**Eloy C.** IE30 (47)  
**Enriquez J.** IE26 (45)  
**Eusébio M.** IE26 (45) P101 (80) P141 (99)  
**Faias S.** IE29 (46) CO50 (56)  
**Fatela N.** P108 (83)  
**Félix J.** P93 (76) P124 (91)  
**Fernandes A.** CO9 (37) CO45 (53) CO55 (58) CO56 (59) P115 (87) P117 (88) P118 (88) P127 (92) P129 (93)  
**Fernandes C.** IE33 (48) IE38 (50) IE70 (64) P80 (70) P106 (83) P107 (83) P110 (84)  
**Fernandes S.** P80 (70) P110 (84)  
**Fernandes V.** IE27 (46)  
**Ferreira A.** IE32 (48) P119 (89) P121 (89)  
**Ferreira D. M. S.** CO5 (35) CO52 (57)  
**Ferreira F.** CO21 (43) CO24 (44) IE65 (63) P91 (76) P136 (96) P137 (97) P140 (98) P143 (100) P149 (102)  
**Ferreira J.** CO49 (55) P146 (101)  
**Ferreira J. M.** IE28 (46) CO57 (59) P111 (85) P120 (89)  
**Ferreira M.** CO9 (37) IE34 (49) CO42 (52) CO55 (58) CO56 (59) IE72 (65) P115 (87) P117 (88) P118 (88) P126 (92) P151 (103)  
**Ferreira P.** CO1 (34)  
**Ferreira R.** CO45 (53) CO49 (55) CO55 (58) CO56 (59) P115 (87) P117 (88) P118 (88) P127 (92) P129 (93)  
**Ferreira S.** CO18 (42) CO23 (44) IE31 (47) P79 (70)  
**Fidalgo C.** CO17 (41) IE31 (47) IE63 (62) P104 (82)  
**Fidalgo P.** CO15 (40) IE29 (46)  
**Figueiredo A.** CO41 (52) CO55 (58) CO56 (59) P115 (87) P124 (91)  
**Figueiredo C.** CO49 (55)  
**Figueiredo I.** P135 (96)  
**Figueiredo P.** IE27 (46)  
**Figueiredo R.** CO48 (55) P84 (72)  
**Filipe B.** CO46 (54)  
**Folgado Alberto S.** P93 (76) P124 (91)  
**Fonseca A.** P114 (86)  
**Fonseca J.** P142 (99)  
**Fonseca R.** CO18 (42) CO46 (54) CO50 (56) IE63 (62)  
**Fontes V.** CO18 (42)  
**Fraga J.** IE33 (48) IE38 (50) IE70 (64) P80 (70) P106 (83) P107 (83) P110 (84)  
**Francisco I.** CO46 (54)  
**Freire J.** P79 (70)  
**Freire R.** CO11 (38) CO22 (44)  
**Freitas J.** IE27 (46) P97 (78)  
**Freitas L.** P135 (96)  
**Giestas S.** CO45 (53) P117 (88) P118 (88) P127 (92) P129 (93)  
**Godinho R.** P134 (95)  
**Gomes A.** P83 (72)  
**Gomes D.** CO42 (52)  
**Gomes F.** P114 (86)  
**Gomes P.** CO55 (58) CO56 (59) P115 (87)  
**Gomes S.E.** CO13 (39)  
**Gonçalves A.** P89 (75) P109 (84) P128 (93) P153 (104)  
**Gonçalves B.** P119 (89) P121 (89)  
**Gonçalves C.** IE58 (60) IE73 (66)  
**Gonçalves L.** P134 (95)  
**Gonçalves L. M.** P145 (100)  
**Gonçalves M.** CO11 (38)  
**Gonçalves N.** CO4 (35)  
**Gonçalves R.** P119 (89) P121 (89)  
**Gonçalves R.** P116 (87) P133 (95)  
**Gonçalves S.** CO53 (57)  
**Gotoda T.** CO6 (36)  
**Gouveia A.** CO3 (35)  
**Gouveia H.** IE34 (49) CO42 (52) IE62 (61) IE66 (63) IE72 (65) P77 (69) P151 (103)  
**Graça Rodrigues C.** CO41 (52) P93 (76) P124 (91) P130 (94)  
**Gregório C.** IE62 (61) P77 (69)  
**Guerreiro A. S.** CO10 (38)  
**Guerreiro H.** IE26 (45) P101 (80) P141 (99)  
**Hagenfeldt M.** P114 (86)  
**Henrique R.** CO4 (35) CO6 (36)  
**Herculano R.** CO22 (44) IE37 (50) P81 (71) P90 (75) P139 (98) P144 (100)  
**Hood B. L.** P114 (86)  
**Horta D.** CO41 (52)  
**Horta e Vale A. M.** P116 (87)  
**Iglesias P.** P106 (83) P107 (83)  
**Januário L. V. C.** P78 (69)  
**Kessing B. F.** P76 (68)  
**Küttner Magalhães R.** IE28 (46) P111 (85)  
**Lage P.** CO18 (42) CO46 (54) IE63 (62) P104 (82)  
**Lagos A. C.** CO40 (51) IE71 (65) P113 (86)  
**Leite S.** P123 (90) P138 (97) P147 (101)  
**Leite S.** P80 (70)  
**Leite-Moreira A.** CO4 (35)  
**Liberato M.** CO20 (43) CO43 (53)  
**Lima R. T.** CO13 (39)  
**Lira T. L. B. G.** P78 (69)  
**Lobo L.** P86 (73)

- Lopes A.** P141 [99]  
**Lopes A. I.** P74 [68] P95 [77] P135 [96]  
**Lopes C.** CO47 [54] CO49 [55]  
**Lopes J.** P108 [83]  
**Lopes P.** CO4 [35]  
**Lopes S.** CO16 [41] CO21 [43] CO24 [44] IE30 [47] CO42 [52] CO51 [56] P87 [74] P91 [76] P92 [76] P94 [77] P100 [80] P103 [81] P116 [87] P136 [96] P137 [97] P140 [98]  
**Lopes T.** CO10 [38]  
**Loreto H.** P135 [96]  
**Loureiro A.** CO3 [35]  
**Luxo C.** CO48 [55] P84 [72]  
**Macedo G.** CO16 [41] CO19 [42] CO21 [43] CO24 [44] IE30 [47] CO51 [56] IE60 [61] IE65 [63] P87 [74] P91 [76] P92 [76] P94 [77] P100 [80] P103 [81] P116 [87] P136 [96] P137 [97]  
**Macedo G. N.** P92 [76] P94 [77] P103 [83]  
**Machado J.** CO10 [38]  
**Machado J.** P102 [81]  
**Machado J. C.** CO49 [55]  
**Machado M. V.** CO5 [35] CO53 [57] CO54 [58]  
**Magalhães J.** P85 [73] P88 [74] P123 [90]  
**Magalhães M. J.** CO57 [59] P111 [85] P120 [89]  
**Magalhães R.** CO57 [59] P120 [89]  
**Magro F.** CO16 [41] IE30 [47] CO51 [56] P91 [76] P92 [76] P100 [80] P103 [81] P87 [74] P94 [77]  
**Maldonado R.** P108 [83]  
**Mão de Ferro S.** CO23 [44] IE31 [47] P79 [70]  
**Marcos-Pinto R.** CO49 [55] IE28 [46] P150 [103] P105 [82] CO6 [36] CO47 [54]  
**Marinho C.** IE62 [61] CO48 [55] P84 [72]  
**Marques A.** P108 [83] P109 [84] P153 [104]  
**Marques A. C.** P99 [79]  
**Marques I.** IE71 [65] P113 [86]  
**Marques J. G.** P95 [77]  
**Marques M.** CO16 [41] CO51 [56] P87 [74] P91 [76] P143 [100] P149 [102]  
**Martins A.** P93 [76] P124 [91]  
**Martins A.** P101 [80]  
**Martins F. L.** P135 [96]  
**Martins I.** P113 [86]  
**Martins J.** P131 [94]  
**Mascarenhas Saraiva M.** CO23 [44]  
**Matos E.** CO57 [59]  
**Matos L.** CO22 [44] IE37 [50] P81 [71] P90 [75] P139 [98] P144 [100]  
**Matos M.** P74 [68]  
**Maurício H.** P125 [91]  
**Medeiros I.** P134 [95]  
**Melo M.** P125 [91]  
**Mendes S.** CO45 [53] P117 [88] P118 [88] P127 [92]  
**Mesquita N.** IE39 [51] P150 [103]  
**Mesquita R.** CO45 [53] P127 [92]  
**Ministro P.** P102 [81]  
**Mirones L.** P79 [70]  
**Monsanto P.** IE34 [49]  
**Monteiro A.** CO3 [35]  
**Morato P.** P135 [96]  
**Moreira M. J.** CO51 [56] P85 [73] P87 [74] P88 [74]  
**Moreira T.** IE28 [46] IE61 [61] P105 [82]  
**Moreira-Dias L.** CO4 [35] CO6 [36] IE36 [49] IE39 [51] P150 [103]  
**Moura Santos P.** CO1 [34] P96 [78] P98 [79]  
**Moutinho-Ribeiro P.** IE59 [60] IE69 [64] P138 [97] P147 [101]  
**Neto D.** P114 [86]  
**Neves B.** CO20 [43] IE71 [65] P113 [86]  
**Nobre Leitão C.** CO18 [42]  
**Noronha Ferreira C.** CO2 [34] P108 [83] P109 [84] P122 [90] P153 [104]  
**Novais L.** P75 [68]  
**Nunes A.** P97 [78]  
**Nunes N.** IE25 [45] IE67 [64] IE68 [64]  
**Nunes V.** P93 [76]  
**Oliveira A.** CO41 [52] P83 [72]  
**Oliveira A. G.** CO54 [58]  
**Oliveira A. P.** CO11 [38] CO22 [44]  
**Oliveira F. J.** IE66 [63]  
**Oliveiros B.** CO9 [37]  
**Ornelas R.** IE26 [45]  
**Palha A.** P74 [68]  
**Palha A. M.** P95 [77]  
**Palma R.** CO40 [51]  
**Palma R.** P108 [83]  
**Palma R.** P128 [93]  
**Panão E.** CO45 [53] P118 [88] P127 [92] P129 [93]  
**Paz N.** IE25 [45] IE67 [64] IE68 [64]  
**Pedro Silva Vaz P.** CO3 [35]  
**Pedroto I.** CO57 [59] P111 [85] P120 [89]  
**Peixe P.** CO1 [34]  
**Peneda J.** P114 [86]  
**Penque D.** P114 [86]  
**Pereira A. D.** CO15 [40]  
**Pereira B.** P133 [95]  
**Pereira da Silva J.** CO1 [34]  
**Pereira E.** P133 [95]  
**Pereira H.** P83 [72]  
**Pereira J. R.** IE25 [45] IE67 [64] IE68 [64]  
**Pereira M. J.** P117 [88] P118 [88] P129 [93]  
**Pereira P.** IE30 [47] IE60 [61] IE65 [63] P116 [87] P136 [96] P140 [98] P149 [102]  
**Pereira T.** CO10 [38]  
**Pessoa J.** P83 [72]  
**Pessoa M. G.** CO7 [36]  
**Pimentel R.** IE35 [49] IE60 [61] P105 [82]  
**Pimentel-Nunes P.** CO4 [35] CO6 [36] P150 [103]  
**Pina Cabral J. E.** IE62 [61]  
**Pinheiro N.** P93 [76]  
**Pinho L.** CO57 [59]  
**Pinho M.** P106 [83] P107 [83]  
**Pinho R.** CO23 [44] IE33 [48] IE38 [50] IE70 [64] P80 [70]  
**Pinto A.** CO17 [41] IE71 [65] P113 [86]  
**Pinto J.** P106 [83] P107 [83]  
**Pinto M. V.** P95 [77]  
**Pinto Marques P.** IE27 [46] IE37 [50]  
**Pinto Pais T.** IE33 [48] IE38 [50] IE70 [64] P80 [70] P106 [83] P107 [83] P110 [84] P133 [95]  
**Pires E.** P130 [94] CO41 [51]  
**Pontes J. M.** CO44 [53]



- Portela F.** C042 [52]  
**Proença L.** IE38 [50] IE70 [64] P80 [70] P106 [83] P107 [83]  
**Provazzi P. J. S.** C08 [37]  
**Queiroz A. T. L.** C08 [37] C07 [36]  
**Quintana C.** C011 [38]  
**Rahal P.** C08 [37]  
**Rainho R.** C03 [35]  
**Ramalho F.** C02 [34] C012 [39] P122 [90]  
**Ramalho P. M.** P135 [96]  
**Ramos G.** P112 [85] P131 [94] P132 [95]  
**Ramos J.** P112 [85]  
**Rebelo A.** C051 [56] IE59 [60] IE69 [64] P85 [73] P87 [74] P88 [74]  
**Redondo I.** P131 [94]  
**Rego A. C.** IE25 [45] C040 [51] IE67 [64] IE68 [64]  
**Reis C.** C049 [55]  
**Ribeiro A.** IE65 [63] P136 [96] P140 [98] P149 [102]  
**Ribeiro J. F.** P145 [100]  
**Ribeiro R.** C012 [39]  
**Ricardo L.** C041 [52] P93 [76] P124 [91]  
**Rio-Tinto R.** P131 [94] P132 [95]  
**Rocha A.** P105 [82]  
**Rocha Pires G.** P93 [76]  
**Rodrigues A.** IE38 [50] P80 [70] P106 [83] P107 [83]  
**Rodrigues C. M. P.** C05 [35] C013 [39] C052 [57]  
**Rodrigues P.** C018 [42] C046 [54]  
**Rodrigues S.** C016 [41] C051 [56] IE30 [47] P87 [74] P92 [76] P94 [77] P100 [80] P103 [81] P116 [87]  
**Rodrigues T.** C02 [34]  
**Rodrigues V.** P77 [69]  
**Rolanda C.** C06 [36] P119 [89] P121 [89]  
**Romão C.** C020 [43]  
**Romãozinho J. M.** IE34 [49] C042 [52] C048 [55] IE72 [65] P77 [69] P84 [72] P126 [92] P146 [101]  
**Roncon-Albuquerque Jr R.** C04 [35]  
**Roque M.** P86 [73]  
**Rosa A.** IE34 [49] C042 [52] IE66 [63]  
**Rosa B.** C051 [56] P85 [73] P87 [74] P88 [74]  
**Rosa I.** C015 [40]  
**Roxo H.** P135 [96]  
**Sacarrão R.** C017 [41]  
**Saiote J.** P112 [85] P131 [94] P132 [95]  
**Salgado M.** P111 [85]  
**Salgueiro P.** IE61 [61] P120 [89]  
**Sampaio M.** IE32 [48]  
**Sanches J.** C012 [39]  
**Santos A.** P133 [95]  
**Santos A. M.** C010 [38]  
**Santos C.** C06 [36]  
**Santos L.** P131 [94] P132 [95]  
**Santos M.** P105 [82]  
**Santos S.** C022 [44] P90 [75]  
**Santos V. N.** P78 [69]  
**Saraiva S.** C044 [53] IE64 [62] P152 [104] P154 [105]  
**Sarmento A.** P92 [76] P94 [77] P103 [83] P116 [87]  
**Schiappa J. M.** C014 [40]  
**Sendino S.** P135 [96]  
**Serejo F.** C02 [34] P98 [79]  
**Serra D.** IE37 [50] P130 [94]  
**Serrano M.** C017 [41] C023 [44] IE29 [46] IE31 [47] C046 [54] P79 [70]  
**Sharma P.** C06 [36]  
**Silva A.** P102 [81]  
**Silva A. P.** P80 [70]  
**Silva F.** IE58 [60] IE73 [66]  
**Silva J. P.** C050 [56]  
**Silva M. F.** P145 [100]  
**Silva P.** C018 [42]  
**Silva R.** IE36 [49] IE39 [51] P150 [103]  
**Silva S.** P96 [78] P98 [79]  
**Silva S. L.** P95 [77]  
**Simões A. E. S.** C013 [39]  
**Simões J.** P103 [81]  
**Smout A.** P76 [68]  
**Soares J.** C04 [35] C06 [36] P105 [82] P119 [89] P121 [89]  
**Sofia C.** IE34 [49] C042 [52] C048 [55] IE62 [61] IE66 [63] IE72 [65] P77 [69] P82 [71] P83 [72] P84 [72] P125 [91] P126 [92] P146 [101] P151 [103]  
**Sousa A. L.** IE26 [45] P101 [80] P141 [99]  
**Sousa D.** P141 [99]  
**Sousa H. T.** IE32 [48]  
**Sousa P.** C01 [34] P96 [78] P98 [79]  
**Sousa R.** C018 [42] P133 [95]  
**Sousa R.** C03 [35]  
**Souto P.** C042 [52] P77 [69]  
**Souza M. R. A.** P78 [69]  
**Tato Marinho R.** C012 [39]  
**Tavares L.** C01 [34] P96 [78] P98 [79]  
**Távora I.** P86 [73]  
**Torres J.** P117 [88] P118 [88] P129 [93]  
**Tralhão J. G.** C09 [37]  
**Tristan J.** P133 [95]  
**Usurelu S.** C03 [35]  
**Vale do Gato I.** C010 [38]  
**Valente A.** C040 [51]  
**Vasconcelos H.** IE58 [60] IE73 [66]  
**Vasconcelos M. H.** C013 [39]  
**Velez A.** IE66 [63]  
**Velosa J.** C01 [34] C02 [34] C012 [39] C040 [51] P89 [75] P96 [78] P98 [79] P108 [83] P109 [84] P122 [90] P128 [93] P153 [104]  
**Velosa M.** P76 [68]  
**Veloso N.** C022 [44] P134 [95]  
**Veloso R.** IE33 [48] IE38 [50] IE70 [64] P80 [70] P106 [83] P107 [83] P110 [84]  
**Vidal M. M.** P141 [99]  
**Vieira A.** P97 [78]  
**Vieira C.** P128 [93]  
**Vilas-Boas F.** IE60 [61] IE65 [63] P116 [87]  
**Vilhena A.** P141 [99]  
**Vitoriano I.** C018 [42]  
**Viveiros C.** C022 [44] P134 [95]  
**Wen X.** C049 [55] C047 [54]  
**Zerimech F.** P114 [86]

porque pode esperar sentado!



**Ultraproct®**

Fluocortolona + Lidocaína

anti-inflamatório  
pivalato de fluocortolona



comparticipado

analgésico  
cloridrato de lidocaína

05-09-0095PT

Denominação do medicamento: Ultraproct. Composição: 1 g de creme: 1 mg de 21-pivalato de fluocortolona e 20 mg de cloridrato de lidocaína (anidro). 1 supositório: 1 mg de 21-pivalato de fluocortolona e 40 mg de cloridrato de lidocaína. Formas farmacêuticas: Creme rectal. Supositórios. Indicações terapêuticas: Alívio sintomático da dor, edema ou prurido associado a doença hemorroidária. Posologia e modo de administração: Aconselhável a administração após a defecação. Região anal: deve ser limpa antes da aplicação. Duração do tratamento: não exceder as 2 semanas. Creme rectal (aplicar 2 vezes/dia, 1 de manhã e 1 à noite. Nos dias iniciais, poderá ser aplicado 3 vezes/dia. Com a melhoria dos sintomas, 1 aplicação/dia é, geralmente, suficiente. Uma pequena porção deve ser aplicada com o dedo na região e orifício anais, ultrapassando-se a resistência do esfíncter. Se o creme tiver que ser aplicado dentro do recto, utilizar o aplicador. Todavia, em lesões muito inflamadas e dolorosas, é aconselhável a aplicação interna do creme com o dedo, nas 1<sup>as</sup> vezes. Os prolapsos nodulares devem ser cobertos com uma espessa camada de creme e com muito cuidado introduzidos com o dedo para dentro do recto). Supositórios (geralmente 2 vezes/dia, de manhã e à noite, introduzindo o supositório profundamente no recto, mas 3 vezes durante os primeiros 3 dias, se as queixas forem intensas. Com melhoria contínua é suficiente, em muitos casos, 1 supositório/dia ou, então, em cada 2 dias). Contra-indicações: Infecções tóxicas na área afectada e na presença de sintomas das seguintes perturbações na mesma área: Hipersensibilidade, Processos específicos de pele (sífilis, tuberculose), Varicela, Reacções à vacinação. Advertências: Nas infecções bacterianas, virais, fúngicas ou parasitárias: necessária terapêutica adicional específica anti-infecciosa. A utilização de Ultraproct não dispensa o tratamento causal da doença hemorroidária. No caso do tratamento não ser rapidamente eficaz, este deve ser interrompido e o doente submetido a exame proctológico. Evitar o contacto de Ultraproct com os olhos. Recomenda-se a lavagem cuidadosa das mãos após cada aplicação. Não é recomendado o tratamento em crianças e adolescentes (não foram realizados estudos clínicos nestas classes etárias). Creme rectal: contém álcool cetoes-tearílico. Pode causar reacções cutâneas locais. Interações: A lidocaína deve ser administrada com precaução em doentes sob tratamento com fármacos anti-arrítmicos. Efeitos indesejáveis: perturbações de pele na região anal com queimadura, irritação e reacções alérgicas. As reacções alérgicas a qualquer um dos ingredientes do creme não devem ser excluídas. Após terapia prolongada com Ultraproct (para além das 4 semanas), existe o risco do paciente poder desenvolver alterações locais na pele como atrofia, estrias ou telangiectasia. Data da revisão do texto: 10/2009. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica. Creme rectal (regime de comparticipação: 37%), Supositório (não comparticipado). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.



# Um percurso para a vida

Da supressão viral<sup>1,2</sup> à reversão da progressão da doença<sup>3</sup>

Baraclude® apoia os seus doentes na AN com hepatite B crónica desde o início, e ao longo de todo o caminho até ao benefício a longo prazo da reversão da progressão da doença.<sup>3</sup> A supressão viral<sup>4,5</sup> rápida e potente traz um êxito precoce que dura a longo prazo,<sup>1,2</sup> enquanto a resistência<sup>6</sup> mínima e a tolerabilidade<sup>1,2</sup> favorável proporcionam confiança para os anos vindouros. Com Baraclude®, pode tornar o percurso mais fácil para si e para os seus doentes.

**Baraclude**  
(entecavir) 0.5 mg/1 mg  
comprimidos

Primeira escolha para benefícios a longo prazo<sup>7</sup>

#### Referências:

1. Chang T-T, et al. *Hepatology*. 2010;51:422-430.
2. Shouval D, Lai C-L, Chang T-T, et al. Poster presentation at the 59th Annual Meeting of American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), October 31-November 4, 2008, San Francisco, CA, USA. Poster 927. Disponível em: [http://www.natap.org/2008/AASLD/AASLD\\_33.htm](http://www.natap.org/2008/AASLD/AASLD_33.htm) (Acedido em Junho de 2010).
3. Liaw YF, Chang T-T, Wu SS, et al. Poster presentation at the 59th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), October 31-November 4, 2008, San Francisco, CA, USA. Poster 894. Disponível em: [http://www.natap.org/2008/AASLD/AASLD\\_27.htm](http://www.natap.org/2008/AASLD/AASLD_27.htm) (Acedido em Junho de 2010).
4. Chang T-T, Gish RG, de Man R, et al. *N Engl J Med*. 2006;354:1001-1010.
5. Lai C-L, Shouval D, Lok AS, et al. *N Engl J Med*. 2006;354:1011-1020.
6. Tenney DJ, Pokornowski KA, Rose RE, et al. Oral presentation at the 44th Annual Meeting of the European Association for the Study of Liver (EASL), April 22-6, 2009, Copenhagen, Denmark. *J Hepatol*. 2009; 50 (Suppl 1): S10. Disponível em: [http://www.natap.org/2009/EASL/EASL\\_31.htm](http://www.natap.org/2009/EASL/EASL_31.htm) (Acedido em Junho de 2010).
7. Resumo das Características do Medicamento de Baraclude® (entecavir), Novembro de 2010.

#### BARACLUDGE (ENTECAVIR) Informações essenciais compatíveis com o RCM

**Nome do medicamento:** Baraclude comprimidos revestidos por película: 0,5 mg e 1 mg de entecavir (sob a forma mono-hidratada). Contém lactose. **Indicações terapêuticas:** Tratamento da infeção pelo vírus da hepatite B (VHB) em adultos com doença hepática compensada e evidência de replicação viral activa, níveis séricos de alanina aminotransferase persistentemente elevados e evidência histológica de inflamação activa e/ou fibrose. **Posologia e modo de administração:** Oral, uma vez por dia. **Doentes sem terapêutica prévia com nucleósidos:** 0,5 mg uma vez por dia, com ou sem alimentos. **Doentes resistentes à lamivudina:** 1 mg uma vez por dia, que tem de ser tomada com o estômago vazio (mais de 2 horas antes ou mais de 2 horas após uma refeição). **Idosos:** Ajustar a dose de acordo com a função renal do doente. **Compromisso renal:** Ajustar a dose em doentes com disfunção da creatinina <50 ml/min, incluindo os que efectuam hemodiálise ou diálise peritoneal em ambulatório contínuo (DPAC). **Compromisso hepático:** Não é necessário ajuste posológico. **População pediátrica:** a segurança e eficácia em crianças com idade inferior a 18 anos não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Em ensaios clínicos em doentes com doença hepática compensada as reacções adversas mais frequentes foram: fadiga, tonturas e náuseas. Foram também notificadas exacerbações de hepatite durante e após descontinuação da terapêutica com entecavir. **Advertências e precauções:** Deverá ter-se atenção aos doentes com compromisso renal, exacerbações de hepatite, cirrose descompensada, acidose láctica e hepatomegalia grave com estenose, resistentes à lamivudina, receptores de transplantação de fígado, co-infectado com hepatite C ou D, co-infectado pelo vírus da imunodeficiência humana, com problemas hereditários raras de intolerância à galactose, deficiência lactase de Lapp, ou malabsorção glucose-galactose. Os doentes devem ser avisados que devem continuar a ser tomadas precauções adequadas relativamente à transmissão do VHB. **Interações:** O entecavir é predominantemente eliminado pelos rins; a co-administração com medicamentos que reduzem a função renal ou competem para a secreção tubular activa podem aumentar as concentrações séricas de qualquer dos medicamentos. Não foram observadas interações farmacocinéticas entre o entecavir e lamivudina, adefovir ou tenofovir. O entecavir não é um substrato, um indutor ou um inibidor das enzimas do citocromo P450 (CYP450). Consequentemente, não é provável que as interações farmacológicas mediadas pelo CYP450 ocorram com o entecavir. Fonte: RCM aprovado em Novembro de 2010. **Medicamento de receita médica restrita. Representante do titular da autorização de introdução no mercado:** Bristol-Myers Squibb Farmacêutica Portuguesa, S.A. Quinta da Fonte, 2780-730 Paço de Arcos. **Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado.**