

ISSN: 0872-8178

Volume 19 Ano XIX Espec Congr Junho 2012



Volume 19
Ano XIX
Especial Congresso
Junho 2012

Semana Digestiva
2012

*Centro de Congressos
da Alfândega - Porto,
27-30 Junho 2012*

GE - Jornal Português de Gastrenterologia

Jornal Português de Gastrenterologia

Portuguese Journal of Gastroenterology



Órgão Oficial



Sociedade Portuguesa
de Gastrenterologia





Sociedade Portuguesa
de Gastroenterologia

www.spg.pt



www.sped.pt



www.apef.com.pt



Jornal Português de Gastroenterologia

© SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTROENTEROLOGIA (2012)

Todos os direitos reservados.

O conteúdo desta publicação não pode ser reproduzido ou transmitido por qualquer forma eletrónica ou mecânica, incluindo fotocópia, gravação magnética ou qualquer sistema de recuperação de informação, sob qualquer forma ou por qualquer meio, sem o prévio consentimento, por escrito, dos detentores do direito de copyright. Nem a Elsevier nem a Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia se responsabilizarão pelas lesões e/ou danos sobre pessoas ou bens que sejam resultado de alegadas declarações difamatórias, violações de direitos de propriedade intelectual, industrial ou de privacidade, responsabilidade por produto ou negligência. Também não assumirão qualquer tipo de responsabilidade pela aplicação ou utilização dos métodos, produtos, instruções ou ideias descritos no presente material. Em particular, recomenda-se a realização de uma verificação independente dos diagnósticos e das doses farmacológicas. Ainda que o material publicitário se encontre ajustado aos *standards* éticos (médicos), a sua inclusão nesta publicação não constitui garantia nem qualquer confirmação acerca da qualidade ou do valor desse produto, nem das afirmações realizadas pelo seu fabricante.

Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia
Av. António José de Almeida n.º 5F - 8.º andar
1000-042 Lisboa
<http://www.spg.pt>

Publicação bimestral
www.elsevier.pt/ge

Informações sobre reprints/recompilações
Clarissa Felix: c.felix@elsevier.com

Preços de subscrições/assinaturas

Unidade: 10 euros (s/ IVA)
Anual: 55 euros (s/ IVA)

E-mail para pedidos de subscrições
da revista: gejournal@mail.telepac.pt



Travesera de Gracia, 17-21
08021 Barcelona (Espanha)
Telefone: +34 932 418 800

José Abascal, 45, 3.º andar
28003 Madrid (Espanha)
Telefone: +34 914 021 212

Membro da Asociación de Prensa Profesional.
Sección Ciencias de la Salud

Proteção de dados: Elsevier España, SL.
afirma cumprir o disposto na Lei 15/1999 de
13 de dezembro sobre a Proteção de Dados
Pessoais.

Referenciada na SciVerse Scopus

ISSN: 0873-2159
Registo n.º 122.190 do Gabinete para os
Meios de Comunicação Social

Impressa em Portugal

Depósito legal: 91402/95

Diretor
Hermano Gouveira

Diretores-Adjuntos
Guilherme Macedo
Armando Carvalho

Editora-Chefe
Helena Cortez-Pinto

Editores-Adjuntos
Luís Jasmins
Mário Dinis-Ribeiro
Pedro Figueiredo

Editores Web-SPG
Leopoldo Matos
Rui Loureiro

Editores Web-SPED
Nuno Almeida

Assistente Editorial
Andreia Neto

e-mail:
gejournal@mail.telepac.pt

Editores de secção

Tubo digestivo
Diniz de Freitas
José Cotter
Marília Cravo

Endoscopia
C. Nobre Leitão
Hermano Gouveira
Leopoldo Matos
Venâncio Mendes

Fígado
Jorge Areias
José Velosa
M. Carneiro de Moura

Vias Biliares
António Marques
António Pinto Correia
Armando Ribeiro
Nuno Grima
Jorge Canena

Pâncreas
António Marques
José Manuel Pontes
Manuela Noronha
Teresa Antunes

Imagiologia
Eduardo Pereira
F. Caseiro Alves
Isabel Távora
Maximino Leitão

Anatomia Patológica
Fátima Carneiro
M. Augusta Cipriano
Jorge Soares
Paula Chaves

Cirurgia Digestiva
A. Carlos Saraiva
F. Castro e Sousa
H. Bicha Castelo
Paulo Costa

Gastroenterologia Pediátrica
Ana Isabel Lopes
Fernando Pereira
Paulo Ramalho

Bioestatística
António Gouveira
Henrique Barros
Luís Carrilho Ribeiro
Mário Dinis Ribeiro
Vitor Rodrigues

Cuidados Intensivos
José Manuel Romãozinho
Paula Alexandrino

Editores Emeriti

António Saragoça 1983 - 1993	J. Lemos Barreiras 1995 - 1997	Leopoldo Matos 2001 - 2003	António Alberto Santos 2007 - 2009
F. Costa Mira 1994 - 1996	Miguel Carneiro de Moura 1997 - 2001	José Velosa 2003 - 2007	Rui Tato Marinho 2009 - 2011

Corpo Editorial

A. Alberto Santos A. Sousa Guerreiro Adélia Simão Adília Costa Aires Figueiredo Albano Rosa Alexandre Sarmento Ana Caldeira Ana Horta e Vale Ana Isabel Lopes Ana Paula Oliveira Ana Paula Silva Ana Teresa Cadime Angelo de Mattos (Brasil) Antónia Duarte António Banhudo António Curado António Vaz Carneiro Armando Carvalho Arsénio Santos Beatriz Costa Neves Beatriz Rodrigues Bento Charrua Carla Marinho Carlos Noronha Ferreira Carlos Sofia Cecília Rodrigues Cidalina Caetano Cilénia Baldaia Cláudia Delgado Cláudia Oliveira (Brasil) Cristina Chagas Cristina Valente	Diogo Telles Eduardo Fazenda Eduardo Pires Elídio Barjas Ermelinda Camilo Estela Monteiro F. Castro Poças F. Távora Veloso Fátima Augusto Fátima Carneiro Fátima Serejo Fernando Magro Fernando Pereira Fernando Ramalho Filipe Calinas Francisco Portela Gilberto Couto Gonçalo Cordeiro Ferreira Guilherme Macedo Helder Cardoso Helena Cortez-Pinto Helena Lomba Viana Horácio Guerreiro Horácio Gutierrez (Uruguai) Hugo Pinto Marques Inês Pó Isabel Claro Isabel Cotrim Isabel Gonçalves Isabel Pedroto Isabelle Cremers J. Pina Cabral	J. E. Mendonça Santos João Carvalho João de Deus João Freitas João Mangualde João Pimentel Jorge Amil Dias Jorge Areias Jorge Canena Jorge Esteves Jorge Fonseca José Cabral José Cotter José Fraga José Manuel Ferreira José Manuel Pontes José Manuel Romãozinho José Pedrosa José Soares José Velosa Júlio Leite Luís Carrilho Ribeiro Luís Correia Luís Jasmins Luís Moreira Dias Luís Novais Luís Tomé Luísa Glória Maria João Moreira Mariana Machado Mário Dinis Ribeiro Mário Reis Álvares-da-Silva (Brasil)	Marta Salgado Miguel Bispo Miguel Gouveira Narcisca Fatela Nuno Almeida Nuno Alves 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 Sousa Rui Tato Marinho Rui Victorino Sandra Faías Sara Alberto Sara Ferreira Sílvia Barrias Susana Lopes Teresa Freitas
--	--	---	--



SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTRETEROLOGIA (SPG)

www.spg.pt

DIRECÇÃO

Presidente: Hermano Gouveia (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)
Vice-Presidentes: Leopoldo Matos (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal),
 José Cotter (Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal),
 José Manuel Romãozinho (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)
Secretário-Geral: Carlos Noronha Ferreira (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal)
Tesoureiro: Isabel Seves (Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal)
Vogais: Américo Silva (Hospital de São Teotónio, Viseu, Portugal),
 António Curado (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, Caldas da Rainha, Portugal),
 Paula Lago (Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal),
 Paulo Souto (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal),
 Pedro Amaro (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal),
 Rui Loureiro (Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal),
 Rui Marinho (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal),
 Rui Silva (Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal),
 Sónia Leite (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal)

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente: Jorge Areias (Porto, Portugal)
Vice-Presidente: Beatriz Costa Neves (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal)
Secretária: Helena Vasconcelos (Hospital de Santo André, Leiria, Portugal)

CONSELHO FISCAL

Presidente: José Velosa (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal)
Secretário: Fernanda Mações (Hospital de Sousa Martins, Guarda, Portugal)
Vogal: F. Castro Poças (Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal)



SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA (SPED)

www.sped.pt

DIRECÇÃO

Presidente: Guilherme Macedo (Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal)
Vice-Presidentes: Pedro Figueiredo (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal),
 António Dias Pereira (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal),
 Mário Dinis Ribeiro (Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal)
Secretário-Geral: Fernando Pereira (Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal)
Tesoureiro: Cristina Chagas (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal)
Vogais: José Pedrosa (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal),
 Isabel Pedroto (Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal),
 Francisco Baldaque (Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal),
 José Pina Cabral (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal),
 Miguel Areia (Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, Portugal),
 Jorge Esteves (Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal),
 Nuno Nunes (Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal)

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente: Isabelle Cremers (Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal)
Vice-Presidente: Armando Ribeiro (Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal)
Secretário: Ana Teresa Cadime (Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, Portugal)

CONSELHO FISCAL

Presidente: José Manuel Romãozinho (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)
Secretário: João Carvalho (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal)
Vogal: Bento Charrua (Hospital das Forças Armadas, Lisboa, Portugal)



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DO FÍGADO (APEF)

www.apecf.com.pt

DIRECÇÃO

Presidente: Armando de Carvalho (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)
Vice-Presidente: José Velosa (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal)
Secretária-Geral: Adélia Simão (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)
Tesoureira: Regina Teixeira (Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal)
Vogais: Dário Gomes (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal),
 Luís Jasmins (Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, Portugal),
 Mariana Machado (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal)

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente: Guilherme Macedo (Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal)
Vice-Presidente: Filipe Calinas (Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal)
Secretária: Cristina Valente (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)

CONSELHO FISCAL

Presidente: Rui Tato Marinho (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal)
Secretária: Paula Peixe (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal)
Vogal: Ana Paula Silva (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal)

SECÇÕES ESPECIALIZADAS DA SPG



NÚCLEO DE NEUROGASTRETEROLOGIA E MOTILIDADE DIGESTIVA (NMD)

DIRECÇÃO

Presidente: Paulo Souto (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)
Secretário-Geral: Carlos Gregório (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)
Vogais: Teresa Freitas (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal),
 Luís Araújo Correia (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal),
 Cláudia Agostinho (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)



GRUPO PORTUGUÊS DE ULTRASSONS EM GASTRETEROLOGIA (GRUPUGE)

www.grupuge.com.pt

DIRECÇÃO

Presidente: F. Castro Poças (Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal)
Vice-Presidentes: Francisco Portela (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal),
 Mário Dinis Ribeiro (Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal)
Secretário-Geral: Pedro Moutinho Ribeiro (Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal)
Vogais: Paula Lago (Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal),
 Eduardo Pereira (Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal),
 António Alberto Santos (Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal)

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente: Helena Lomba Viana (Hospital Militar Regional nº 1, Porto, Portugal)
Secretário: António Marques (Hospital dos Lusíadas, Lisboa, Portugal)



CLUBE PORTUGUÊS DO PÂNCREAS (CPP)

www.cpppancreas.com

DIRECÇÃO

Presidente: Teresa Antunes (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal)
Vice-Presidente: Rui Sousa (Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Portugal)
Secretária: Manuela Noronha (Lisboa, Portugal)
Vogais: Albano Rosa (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal),
 António Marques (Hospital dos Lusíadas, Lisboa, Portugal),
 Jorge Silva, (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal)
 Rui Palma (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal)

GRUPO DE ESTUDOS DO INTESTINO DELGADO (GEPID)

DIRECÇÃO

Presidente: Pedro Narra Figueiredo (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)
Secretária: Teresa Costa Macedo (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal)
Vogais: Nuno Almeida (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)
 Rolando Pinho (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal),
 Gilberto Couto (Hospital da Luz, Lisboa, Portugal)

SECÇÕES ESPECIALIZADAS DA SPED

SECÇÃO ESPECIALIZADA DE ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA (SEEP)

DIRECÇÃO

Presidente: Jorge Amil Dias (Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal)
Vogais: Fernando Pereira (Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal),
 Ricardo Ferreira (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal)

Semana Digestiva 2012

Centro de Congressos da Alfândega - Porto, 27-30 Junho 2012

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: José Cotter

Vice-presidentes: Guilherme Macedo
Armando Carvalho

COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTÍFICA

F. Castro Poças
Fernando Magro
Fernando Pereira
Francisco Baldaque
Guilherme Macedo
Isabel Pedroto
Jorge Amil Dias
Jorge Silva
José Cotter
Mário Dinis Ribeiro
Paula Lago
Pedro Moutinho Ribeiro
Regina Gonçalves
Rolando Pinho
Rui Silva
Sónia Leite
Teresa Freitas

SECRETARIADO SPG | SPED | APEF

Maria José Ilharco (Coordenadora)
Andreia Neto (Assistente Sénior)
Teresa Jorge (Assistente)
Cândida Rodrigues (Auxiliar)

PARTICIPANTES NO PROGRAMA CIENTÍFICO

Abraham Eliakim	Cristina Fonseca	Jorge Areias
Adélia Rodrigues	Dário Gomes	Jorge Canena
Adélia Simão	David Marques	Jorge Esteves
Adelina Amorim	Diamantino Sousa	Jorge Leitão
Akiko Ono	Dias Pereira	Jorge Silva
Albano Rosa	Diniz de Freitas	José Cabral
Alexandre Duarte	Eduardo Fazenda	José Carlos Machado
Américo Silva	Eduardo Pereira	José Cotter
Ana Horta e Vale	Eduardo Pires	José Estevens
Ana Isabel Vieira	Ernestina Camacho	José Fraga
Ana Luísa Alves	F. Castro Poças	José Galvão Alves
Ana Paula Oliveira	Fátima Carneiro	José M. Romãozinho
Ana Paula Silva	Fátima Serejo	José Manuel Ferreira
Ana Teresa Cadime	Fausto Pontes	José Manuel Silva (Bastonário)
Anabela Rocha	Fernanda Gamboa	José Pedrosa
Anton Emmanuel	Fernanda Maçoas	José Presa Ramos
António Alberto Santos	Fernando Magro	José Ramada
António Banhudo	Fernando Pereira	José Renato Pereira
António Curado	Fernando Ramalho	José Soares
António Marques	Filipe Calinas	José Velosa
António Pinto Correia	Francisco Baldaque	Julieta Félix
António Queiroz	Francisco Portela	Júlio Iglesias Garcia
Armando Carvalho	Gilberto Couto	Júlio Leite
Armando Porto	Guilherme Macedo	Júlio Pereira Lima
Armando Ribeiro	Helder Cardoso	Júlio Veloso
Augusta Cipriano	Helena Cortez Pinto	L. Beaugerie
Beatriz Costa Neves	Helena Ferreira	Lars Lundell
Beatriz Rodrigues	Helena Pessegueiro	Laura Carvalho
Branca Orfão	Helena Vasconcelos	Leopoldo Matos
Bruno Rosa	Henrique Morna	Luís Alberto
C. Gashe	Henry Cohen	Luís Carrilho Ribeiro
Carla Marinho	Herculano Rocha	Luís Correia
Carla Rolanda	Herlander Marques	Luís Guimarães
Carlos Casteleiro	Hermano Gouveia	Luís Novais
Carlos Correia	Isabel Claro	Luís Tomé
Carlos Noronha Ferreira	Isabel Cotrim	Luísa Proença
Carlos Sofia	Isabel Pedroto	Lurdes Gonçalves
Carneiro de Moura	Isabel Seves	M. Mascarenhas Saraiva
Castro Poças	Isabelle Cremers	Manuel Correia
Cecília Rodrigues	J. Alexandre Sarmento	Margarida Amaral
Cidalina Caetano	Janneke van der Woude	Maria Antónia Duarte
Cilénia Baldaia	João Baranda	Maria Augusta Guimarães
Cláudia Agostinho	João Carvalho	Maria João Moreira
Costa Pereira	João de Freitas	Maria José Santos
Costa Santos	João Gíria	Maria Rosário Maldonado
Cristina Chagas	João Ramos de Deus	Marília Cravo

Mário Dinis Ribeiro
Mário Júlio Campos
Miguel Areia
Miguel Minguez
Miguel Ramalho
Moreira Dias
Neto Carrasquinho
Nobre Leitão
Nuno Almeida
Nuno Grima
Nuno Nunes
Paula Alexandrino
Paula Borralho
Paula Lago
Paula Ministro
Paula Moura Santos
Paula Peixe
Paulo Caldeira
Paulo Canedo
Paulo Fidalgo
Paulo Freire
Paulo Jorge Ribeiro
Paulo Souto
Pedro Amaro

Pedro Correia da Silva
Pedro Figueiredo
Pedro Madaleno
Pedro Moutinho Ribeiro
Pedro Pereira
Pedro Pimentel Nunes
Peter Lakatos
Peyrin-Biroulet L
Philippe Marteau
Pina Cabral
Pinto de Sousa
Raquel Gonçalves
Regina Gonçalves
Ricardo Gorjão
Ricardo Lopes
Ricardo Pinto
Ricardo Rio Tinto
Ricardo Teixeira
Rolando Pinho
Rosa Ramalho
Rosario Cuomo
Rosário Vidal
Rui Loureiro
Rui Marinho

Rui Palma
Rui Sarmento e Castro
Rui Silva
Rui Sousa
Rute Cerqueira
Sílvia Barrias
Sílvia Leite
Sílvia Danese
Sónia Leite
Susana Lopes
Susana Mão de Ferro
Takahisa Matsuda
Tavarela Veloso
Tércio Pinto
Teresa Antunes
Teresa Belo
Teresa Costa Macedo
Teresa Freitas
Teresa Moreira
Venâncio Mendes
Vicente Pons
Vitor Fernandes

JÚRIS

Júri de Seleção de Resumos

CASOS CLÍNICOS

Coordenadora: Paula Lago

Elementos Cilénia Baldaia
Cláudia Agostinho
Sónia Leite

CIÊNCIA BÁSICA

Coordenadora: Fernando Magro

Elementos Cecília Rodrigues
Pedro Pimentel Nunes
Ricardo Pinto

ENDOSCOPIA

Coordenadora: Pedro Moutinho Ribeiro

Elementos Eduardo Pires
Miguel Areia
Pedro Pereira
Rolando Pinho

FÍGADO

Coordenadora: Regina Gonçalves

Elementos Ana Luísa Alves
Carla Marinho
José Manuel Ferreira
Nuno Almeida

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS / VÍDEOS

Coordenador: Francisco Baldaque

Elementos Carla Rolanda
Paulo Jorge Ribeiro
Fernanda Maças
Teresa Moreira

PÂNCREAS E VIAS BILIARES

Coordenador: Jorge Silva

Elementos Cidalina Caetano
Diamantino Sousa
Ernestina Camacho
Luísa Proença

TUBO DIGESTIVO

Coordenador: Fernando Pereira

Elementos Ana Paula Silva
Helena Vasconcelos
Laura Carvalho
Paulo Caldeira

Júri de Prémios

CASOS CLÍNICOS

Presidente: José Pedrosa

Elementos João Carvalho
Paula Ministro
Rui Palma

CIÊNCIA BÁSICA

Presidente: José Carlos Machado

Elementos Pedro Pimentel Nunes
Paula Peixe
Paulo Freire

ENDOSCOPIA

Presidente: Armando Ribeiro

Elementos Júlio Veloso
Julieta Félix
Luís Alberto

FÍGADO

Presidente: Ana Horta e Vale

Elementos Carla Marinho
Lurdes Gonçalves
Dário Gomes

MELHOR POSTER

<i>Presidente:</i>	Mário Júlio Campos
<i>Elementos</i>	Henrique Morna José Estevens Adélia Rodrigues Cristina Chagas Isabel Seves

MELHOR COMUNICAÇÃO DE PANCREATOLOGIA (PRÉMIO CPP)

<i>Presidente:</i>	Jorge Silva
<i>Elementos</i>	Pedro Pereira António Curado Maria do Rosário Maldonado

MELHOR INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

<i>Presidente:</i>	Francisco Portela
<i>Elementos</i>	José Ramada Rosa Ramalho Rosário Vidal

PRÉMIO GRUPUGE

<i>Presidente:</i>	F. Castro Poças
<i>Elementos</i>	Eduardo Pereira Luís Carrilho Ribeiro Teresa Moreira

TUBO DIGESTIVO

<i>Presidente:</i>	Ana Teresa Cadime
<i>Elementos</i>	Sílvia Leite Rui Loureiro Manuel Correia

VÍDEOS

<i>Presidente:</i>	Nuno Grima
<i>Elementos</i>	Sílvia Barrias Isabel Cotrim José Renato Pereira

Semana Digestiva 2012

Centro de Congressos da Alfândega - Porto, 27-30 Junho 2012

MENSAGEM DE BOAS VINDAS



A Semana Digestiva é indiscutivelmente o mais importante evento científico anual da gastroenterologia portuguesa. Neste ano de 2012, cumprindo os objetivos para que foi criada, tentou-se aumentar a abrangência científica do evento congregando além dos gastroenterologistas, médicos de outras especialidades que têm em comum o interesse pela gastroenterologia, endoscopia digestiva, hepatologia e outras áreas específicas afins. Conseguiu-se um Programa Científico variado, atual e espera-se que atrativo. Mas um dos pontos altos continua a ser a apresentação e troca de experiência dos diferentes Centros, este ano com um número record de Comunicações submetidas, sinal de grande vitalidade que apraz registar.

A Comissão Organizadora da Semana Digestiva 2012 a que tenho a honra de presidir, trabalhou para que o evento fosse um êxito científico e que todos aqueles que estivessem presentes considerassem que valeu a pena. Faço votos para que desfrutem intensamente!

José Cotter

Presidente da Comissão Organizadora da Semana Digestiva 2012

CURSO PÓS-GRADUADO

POST-GRADUATE COURSE

Novos Paradigmas na Doença Inflamatória Intestinal (DII) ***New Frontiers in Inflammatory Bowel Disease (IBD)***

Coordenadores do Curso: José Cotter, Guilherme Macedo, Fernando Magro

27 junho 2012

Sala Infante

Centro de Congressos da Alfândega - Porto

08.00 **Abertura do Secretariado**

08.30 **Abertura do curso**

José Cotter, Guilherme Macedo, Fernando Magro

Um Olhar Sobre o Intestino Delgado

Look for Small Bowel

Moderadores: Abraham Eliakim e José Cotter

08.45 **Enterotac**

Entero CT

Luis Guimarães

09.05 **Entero Ressonância Magnética**

MRE

Miguel Ramalho

09.25 **Enteroscopia**

Enteroscopy

Pedro Figueiredo

09.45 **Enteroscopia por cápsula**

Capsule enteroscopy

Abraham Eliakim

10.05 **Discussão**

Discussion

10.35 **Café**

Coffee

11.15 **Immunosuppression and Biologic Treatment in Pregnancy**

Moderador: Leopoldo Matos

Speaker: Janneke van der Woude

Colite Ulcerosa do Convencional à Atualidade

Ulcerative Colitis the Conventional and the New

Moderador: Silvio Danese e Marília Cravo

11.45 **A messalazina como pilar terapêutico**

Mesalazine a landmark in IBD

Susana Lopes

- 12.05 **Carcinogenese – Quimioprevenção**
Carcinogenesis – Chemoprevention
C. Gashe
- 12.25 **Azatioprina quando?**
Azathioprine When?
Luís Correia
- 12.45 **Terapêutica combinada com anti-TNF**
Combined treatment with anti-TNF
Sílvia Danese
- 13.05 **Discussão**
Discussion
- 13.35 **Almoço**
Lunch
- Para além dos sintomas**
Beyond symptoms
Novos Marcadores
Surrogate Markers
Moderadores: Guilherme Macedo e Peyrin-Biroulet L
- 14.45 **Proteína C reactiva**
CRP
Ana Isabel Vieira
- 15.05 **Calprotectina**
Calprotectin
Paula Lago
- 15.25 **Novo índice – Lemann Score**
New Damage Score – Lémann Score
Peyrin-Biroulet L
- 15.45 **Discussão**
Discussion
- 16.15 **Café**
Coffee
- 16.45 **Marcos da Epidemiologia da Doença Inflamatória Intestinal**
Landmarks of IBD Epidemiology
Moderador: João de Freitas
Speaker: Peter Lakatos
- Doença de Crohn Novos Paradigmas**
Crohn's Disease New Goals
Moderador: L. Beaugerie e F. Magro
- 17.15 **Quando começar a azatioprina?**
When start azathioprine
Francisco Portela
- 17.35 **Terapêutica combinada com anti-TNF**
Combined treatment with anti- TNF
L. Beaugerie

17.55 **Remissão endoscópica como objectivo terapêutico**
Mucosal healing new Target
Fernando Magro

18.15 **Discussão**
Discussion

18.45 **Conferência**
Lecture
Neoplasia Extraintestinal na DII
Extraintestinal Neoplasia in IBD
Moderador: Isabelle Cremers
Speaker: L. Beaugerie

Quinta-feira, 28 de junho de 2012

08:00-09:15	Minicursos práticos (vide mapa de cursos p.3)			
	Sala Infante	Sala D. Maria	Sala D. Luís	Arrábida
09:30-11:00	Novas abordagens na obstipação crónica - alvos para novas armas Presidente: Luís Novais Moderadores: Júlio Leite, M.Mascarenhas Saraiva ▪ <i>Diagnóstico e classificação [Miguel Minguez]</i> ▪ <i>Novos agentes terapêuticos [Anton Emmanuel]</i> ▪ <i>Biofeedback [M.Mascarenhas Saraiva]</i> Conferência <i>Biomarcadores no SII [Paulo Canedo]</i> Presidente: Fausto Pontes	COMUNICAÇÕES ORAIS PÂNCREAS E VIAS BILIARES Presidente: Costa Santos Moderadores: Américo Silva, António Alberto Santos	INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS Presidente: António Marques Moderadores: J. Alexandre Sarmento, Carlos Casteleiro	
11:00-11:30	Visita a Posters e Exposição Técnica			
11:30-13:00	SESSÃO PLENÁRIA Presidente: Hermano Gouveia Moderadores: António Banhudo, José Fraga			
13:00-13:30	Sessão de Abertura			
13:30-14:30	ALMOÇO			
14:30-16:00	Qualidade em gastroenterologia Presidente: Carlos Sofia Moderadores: Leopoldo Matos, António Banhudo ▪ <i>NOCS em gastroenterologia [José Manuel Silva (Bastonário da Ordem dos Médicos)]</i> ▪ <i>A segurança clínica [Isabel Pedroto]</i> ▪ <i>A auditoria clínica [Maria Augusta Guimarães]</i>	Prevenção da reativação da hepatite B no contexto da imunossupressão: uma visão multidisciplinar Presidente: Guilherme Macedo Moderadores: Jorge Leitão, Paula Peixe ▪ <i>O doente reumatológico e a hepatite B [Maria José Santos]</i> ▪ <i>A imunossupressão no doente do transplante hepático [Helena Pessegueiro]</i> ▪ <i>O doente oncológico e a hepatite B [Herlander Marques]</i>	Minicurso (repetição) <i>Scores endoscópicos na DII</i> Monitores: Fernando Magro, Philippe Marteau	ANEED O enfermeiro em endoscopia digestiva Moderador: Carmen Ribeiro ▪ <i>Para além das técnicas – o enfermeiro em endoscopia digestiva [Carla Sousa]</i> ▪ <i>Intervenção do enfermeiro na preparação para colonoscopia [Luís Fernandes]</i> ▪ <i>Diferenciação do enfermeiro em CPRE [Rafaela Bré]</i>
16:00-16:30	Visita a Posters e Exposição Técnica			
16:30-18:00	Cirrose hepática – desafios terapêuticos Presidente: José Velosa Moderadores: Guilherme Macedo, José Presa Ramos ▪ <i>Inibidores da protease do VHC na cirrose hepática: como e quando? [Filipe Calinas]</i> ▪ <i>Carcinoma hepatocelular: quando parar? [Rui Marinho]</i> ▪ <i>Transplantação hepática: quando referenciar? [Luís Tomé]</i> Conferência: <i>Doença hepática alcoólica [Helena Cortez-Pinto]</i> Presidente: Armando Carvalho	COMUNICAÇÕES ORAIS TUBO DIGESTIVO I Presidente: Beatriz Costa Neves Moderadores: António Curado, Tércio Pinto	Inovações em endoscopia Presidente: Paula Alexandrino Moderadores: Pina Cabral, Fernando Pereira ▪ <i>Desafios endoscópicos no tumor de Klatzkin [Júlio Pereira Lima]</i> ▪ <i>Próteses cólicas: aplicabilidade, novidades [Rui Silva]</i> ▪ <i>Spyglass e CPRE: indicações, vantagens, limitações [Vicente Pons]</i> Conferência <i>HR, NBI, FICE, ISCAN...: um alfabeto de avanços tecnológicos [Mário Diniz Ribeiro]</i>	ANEED O estado da arte em enfermagem de endoscopia digestiva Moderador: Joaquim Andrade ▪ <i>Contrastes nas lesões hepáticas focais – intervenção do enfermeiro [Sílvia Forno]</i> ▪ <i>Endosponje - terapêutica endoscópica por vácuo de deiscências pós cirurgia [Anabela Novais]</i> ▪ <i>Urgências em endoscopia [Sónia Barros]</i>
18:15-18:45			Assembleia geral SPG	Assembleia geral ANEED

Sexta-feira, 29 de junho de 2012

08:00-09:15	Minicursos práticos (vide mapa de cursos p.3)			
	Sala Infante	Sala D. Maria	Sala D. Luís	Arrábida
09:30-11:00	Otimização da colonoscopia: desafios atuais Presidente: José M. Romãozinho Moderadores: Isabelle Cremers, Jorge Esteves - Lesões planas do cólon e reto [Carlos Noronha Ferreira] - Atuais modalidades de seguimento pós-polipectomia [Moreira Dias] - Qualidade em colonoscopia [Akiko Ono] Conferência Resseção endoscópica de neoplasias do cólon [Takahisa Matsuda]	COMUNICAÇÕES ORAIS CIÊNCIA BÁSICA Presidente: Carneiro de Moura Moderadores: Fernando Magro, José Carlos Machado	Pediatria Fibrose quística Presidente: Herculano Rocha Moderadores: Adelina Amorim, Fernanda Gamboa - Fibrose quística: do genótipo ao fenótipo [Margarida Amaral] - Manifestações digestivas na fibrose quística [Herculano Rocha] - Importância da nutrição na fibrose quística [Helena Ferreira]	ANEEED COMUNICAÇÕES LIVRES Moderador: Paula Rodrigues
11:00-11:30	Visita a Posters e Exposição Técnica			
11:30-13:00	CASOS CLÍNICOS I Presidente: Ricardo Teixeira Moderadores: Ana Paula Oliveira, Eduardo Pereira	Palavras sábias Presidente: José Cotter Moderadores: Isabel Claro, José Pedrosa - A importância da qualidade na gastroenterologia mundial [Henry Cohen (Presidente da World Gastroenterology Organisation)] - Novos horizontes no tratamento médico do cancro gástrico [Fátima Carneiro] - Sedação em endoscopia. Como estamos e para onde vamos [Carlos Correia] - Aplicação clínica dos testes de função esofágica. Uma visão do presente e do futuro [Jorge Canena]	Terapêutica tripla no tratamento da hepatite C crónica Genótipo 1 - O novo "Standard of care"? Presidente: Guilherme Macedo Moderadores: Fernando Ramalho, Rui Sarmiento e Castro - Eficácia: a importância de uma resposta virológica [Helder Cardoso] - Gestão do doente: quando o tempo de tratamento triplo faz diferença [Fátima Serejo] - Prática clínica nacional [Paula Peixe]	ANEEED O futuro próximo Moderador: Rafael Oliveira - Reprocessamento de endoscópios e acessórios [Elsa Monteiro, Joaquim Andrade] - Enfermagem em endoscopia digestiva – que futuro? [Carmen Ribeiro]
13:00-14:30	ALMOÇO			
13:00-13:30	Assembleia geral APEF	Assembleia geral NMD	Assembleia geral GRUPUGE	Assembleia geral CPP
13:30			Assembleia geral S.E.E. Pediatria	Assembleia geral GEPID
14:30-16:00	Um olhar atuante sobre a displasia Presidente: Dias Pereira Moderadores: Fátima Carneiro, Pinto de Sousa - Lesões esofágicas displásicas: tratar endoscopicamente/cirurgicamente/visão anatomopatológica [Pedro Amaro, Lars Lundell, Paula Borralho] - Lesões gástricas displásicas: tratar endoscopicamente/ cirurgicamente/visão anatomopatológica [Francisco Baldaque, Lars Lundell, Fátima Carneiro]	COMUNICAÇÕES ORAIS TUBO DIGESTIVO II Presidente: Taveira Veloso Moderadores: Maria Antónia Duarte, Teresa Freitas	COMUNICAÇÕES ORAIS FÍGADO I Presidente: Jorge Areias Moderadores: Ana Paula Silva, Dário Gomes	COMUNICAÇÕES ORAIS ENDOSCOPIA I Presidente: Diniz de Freitas Moderadores: Rute Cerqueira, Eduardo Fazenda
16:00-16:30	Visita a Posters e Exposição Técnica			
16:30-18:00	VÍDEOS I Presidente: António Pinto Correia Moderadores: Sónia Leite, Raquel Gonçalves	Intestino delgado: uma fronteira ultrapassada? Presidente: Venâncio Mendes Moderadores: Pedro Figueiredo, José Soares - Anemia sem perdas hemáticas aparentes com indicação para EC [Maria João Moreira] - Neoplasia do intestino delgado. Como diagnosticar? [Susana Mão de Ferro] - Estenose no contexto de D. Crohn: como tratar? [Susana Lopes] - Cápsula de patência: que aplicabilidade na prática clínica [Gilberto Couto]	Há "mitos urbanos" em gastroenterologia? Presidente: David Marques Moderadores: Beatriz Costa Neves, Teresa Belo - O efeito das bebidas carbonatadas no sistema gastrointestinal [Rosario Cuomo] - Café, amigo do hepatócito? [Rui Marinho] - O sonho dos chás e a realidade das plantas [Cristina Fonseca] - Hipnose clínica: uma forma de comunicar ou tratar? [Eduardo Pereira]	
18:15-18:45			Assembleia geral SPED	

Sábado, 30 de junho de 2012

	Sala Infante	Sala D. Maria	Sala D. Luís	Arrábida
09:30-11:00	Controvérsias pancreáticas Presidente: Armando Ribeiro Moderadores: Teresa Antunes, F. Castro Poças ▪ <i>Suspeita de pancreatite aguda biliar: ecoendoscopia, colangio-RM ou CPRE?</i> [Pedro Moutinho Ribeiro] ▪ <i>Doente com achado acidental de lesão cística pancreática. Como orientar?</i> [Ricardo Rio Tinto] ▪ <i>Lesão pancreática sólida focal e diagnóstico anátomo-patológico. Quando e como?</i> [Nuno Nunes] ▪ <i>Diagnóstico precoce do cancro do pâncreas: é possível?</i> [Júlio Iglesias Garcia]	Patologia retal benigna Presidente: João Gíria Moderadores: Pedro Correia da Silva, João Ramos de Deus ▪ <i>Cirurgia hemorroidária: resultados e complicações</i> [Costa Pereira] ▪ <i>Fissura anal: limites do tratamento médico</i> [Vitor Fernandes] ▪ <i>Cirurgia da fissura anal: resultados e complicações</i> [Alexandre Duarte] ▪ <i>Supurações anais: que método necessito?</i> [Anabela Rocha]	CASOS CLÍNICOS II Presidente: António Queiroz Moderadores: Beatriz Rodrigues, Rui Sousa	VÍDEOS II Presidente: Albano Rosa Moderadores: Ricardo Lopes, Paulo Fidalgo
11:00-11:30	Visita a Posters e Exposição Técnica			
11:30-13:00	COMUNICAÇÕES ORAIS ENDOSCOPIA II Presidente: Nobre Leitão Moderadores: Branca Orfão, Ricardo Gorjão	COMUNICAÇÕES ORAIS FÍGADO II Presidente: Armando Porto Moderadores: Adélia Simão, Regina Gonçalves	COMUNICAÇÕES ORAIS TUBO DIGESTIVO III Presidente: Neto Carrasquinho Moderadores: João Baranda, Luís Carrilho Ribeiro	
13:00	Sessão de Encerramento ▪ Conferência <i>Pancreatite aguda de etiologia difícil</i> [José Galvão Alves (Presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia)] Presidente: Hermano Gouveia Entrega de Prémios			

Minicursos Práticos

28 de junho, quinta feira

	Sala Infante	Sala D. Maria	Sala D. Luís	Sala Arrábida	Sala S. Bento	Sala Porto	Sala S. João
08:00-09:15	APEF-Biópsia hepática - Perspetiva Anatomoclínica Monitores: Adélia Simão, Augusta Cipriano	NMD-Avaliação funcional na obstipação crónica: ▪ Testes diagnósticos (objetivos, metodologias e resultados) Coordenador: Paulo Souto Monitores: Cláudia Agostinho, Teresa Freitas, Luís Novais, Paulo Souto, Pedro Madaleno	Scores endoscópicos na DII Monitores: Fernando Magro, Philippe Marteau REPETIÇÃO [14:30-15:45]	GRUPUGE-Ecografia clínica Monitores: Eduardo Pereira, F. Castro Poças	PEDIATRIA- Curso simulador Monitores: Fernando Pereira, José Cabral	SPG/SPED: CLIP, OTSC e Laços - <i>Hands On</i> Monitores: Rui Silva, Nuno Nunes	GEPID-Enteroscopia Monitores: Teresa Costa Macedo, Rolando Pinho, Nuno Almeida, Bruno Rosa

29 de junho, sexta feira

	Sala D. Maria	Sala D. Luís	Sala Arrábida	Sala S. Bento	Sala Porto	Sala S. João
08:00-09:15	NMD-Avaliação funcional na obstipação crónica: ▪ Casos clínicos Coordenador: Paulo Souto Monitores: Cláudia Agostinho, Teresa Freitas, Luís Novais, Paulo Souto, Pedro Madaleno	Motivar o Doente e Controlar a DII Monitores: Paula Moura Santos	GRUPUGE-Ecografia clínica Monitores: Eduardo Pereira, F. Castro Poças	PEDIATRIA- Curso simulador Monitores: Fernando Pereira, José Cabral	SPG/SPED: CLIP, OTSC e Laços - <i>Hands On</i> Monitores: Rui Silva, Nuno Nunes	GEPID-Enteroscopia Monitores: Teresa Costa Macedo, Rolando Pinho, Nuno Almeida, Bruno Rosa





Jornal Português de
Gastroenterologia
Portuguese Journal of Gastroenterology
www.elsevier.pt/ge



Volume 19. Especial Congresso. Junho 2012

Sumário

SEMANA DIGESTIVA 2012

Centro de Congressos da Alfândega - Porto, 27-30 Junho 2012

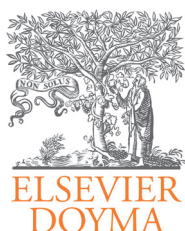
COMUNICAÇÕES ORAIS, INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS, CASOS CLÍNICOS E VÍDEOS	1
Pâncreas e Vias Biliares	1
Instantâneos Endoscópicos	4
Sessão Plenária	8
Tubo Digestivo I	11
Ciência Básica	14
Casos Clínicos I	17
Tubo Digestivo II	19
Fígado I	22
Endoscopia I	24
Vídeos I	27
Casos Clínicos II	29
Vídeos II	31
Endoscopia II	34
Fígado II	36
Tubo Digestivo III	39
POSTERS	43
Tubo Digestivo	43
Endoscopia	61
Fígado	68
Pâncreas e Vias Biliares	75
Instantâneos Endoscópicos	79
Casos Clínicos	84
Ciência Básica	93
ÍNDICE DE AUTORES	94

0872-8178/\$ - see front matter © 2012 Publicado por Elsevier España, S.L. em nome da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia.

**VIII ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ENFERMEIROS
DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA (ANEED)**

28-29 Junho 2012, Sala Arrábida

COMUNICAÇÕES LIVRES	98
POSTERS	100
ÍNDICE DE AUTORES	105



COMUNICAÇÕES ORAIS, INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS, CASOS CLÍNICOS E VÍDEOS

Semana Digestiva 2012

Centro de Congressos da Alfândega - Porto, 27-30 Junho 2012

Pâncreas e Vias Biliares

28 junho 2012, 09:30-11:00, Sala D. Maria

1. DILATAÇÃO PAPILAR APÓS A ESFINCTEROTOMIA: AINDA HÁ CÁLCULOS BILIARES DIFÍCEIS?

B. Rosa, P. Moutinho Ribeiro, A. Rebelo, A. Pinto Correia, J. Cotter

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave-Guimarães.

Introdução: A dilatação papilar com balão (DPB) após esfínterectomia biliar (EB) pode facilitar a remoção de cálculos de grandes dimensões (> 10 mm), únicos ou múltiplos, da via biliar principal (VBP).

Objectivo: Comparar a eficácia e segurança da DPB após EB versus EB isoladamente (grupo controlo-GC), no tratamento da litíase difícil da VBP.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes consecutivos submetidos a CPRE com cálculos múltiplos e/ou volumosos (> 10 mm) da VBP, ao longo de 2 anos. Análise de parâmetros de eficácia (remoção completa dos cálculos, número de sessões, necessidade de litotricia mecânica e/ou extracorporeal e colocação de prótese biliar) e segurança (taxa de complicações).

Resultados: 111 doentes, 68 (61,3%) dos quais submetidos a DPB (66,2% mulheres, 70,8 ± 13,4 anos) e 43 (38,7%) do GC (65,1% mulheres, 72,8 ± 12,4 anos) (p = ns). No grupo da DPB, 70,6% apresentava litíase múltipla vs 48,9% no GC (p = 0,005). O diâmetro médio do cálculo de maiores dimensões nos doentes submetidos a DPB foi 16,8 ± 4,4 mm (12-30 mm) vs 16,0 ± 6,7 mm (10-30 mm) no GC (p = ns). Extraída a totalidade dos cálculos em sessão única em 82,4% dos doentes submetidos a DPB vs 44,2% no GC (p < 0,001). Os doentes submetidos a DPB necessitaram em média de menos sessões (1,1 ± 0,3 vs 1,8 ± 1,1, p < 0,001). Neste grupo, verificou-se menor necessidade de prótese biliar (17,6% vs 60,5%, p < 0,001) e menor recurso a litotricia mecânica (14,7% vs 37,2%, p = 0,007) ou extracorporeal (0 vs 18,6%, p < 0,001). A taxa de complicações não foi significativamente superior no grupo da DPB (14,7% vs 5,7%, p = ns).

Conclusões: A DPB após EB mostrou-se um método seguro e eficaz na remoção de cálculos biliares volumosos. Nesta série, esta técnica permitiu extrair a totalidade dos cálculos em sessão única num maior número de doentes, com menor recurso a litotricia ou colocação de próteses biliares, quando comparada com a realização isolada de EB, sem incremento significativo da taxa de complicações.

2. VALIDAÇÃO DE UM NOVO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA PANCREATITE AGUDA

M.J. Pereira, J.M. Romãozinho, P. Amaro, M. Ferreira, C. Sofia

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia e Hepatologia, Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - HUC.

Introdução: Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento do número de casos e da gravidade da Pancreatite Aguda (PA). Torna-se por isso relevante a existência de uma classificação de gravidade da doença que permita uma identificação precoce dos casos que necessitarão de uma monitorização e abordagem terapêutica mais intensiva. Com este intuito, foi recentemente proposta uma nova classificação da PA em quatro categorias (leve, moderada, severa e crítica) (Petrov et al. Am J Gastroenterol. 2010;105:74-6).

Objectivo: Validação de um novo sistema de classificação da gravidade da PA.

Métodos: Estudo retrospectivo dos casos de PA internados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) entre 01/02/1998 e 01/01/2011. Foi realizada caracterização clínico-demográfica e estratificação dos casos segundo a gravidade (Petrov & Windsor), com análise dos seguintes parâmetros: duração do internamento, referência cirúrgica e mortalidade. Análise estatística SPSS 19 (Teste Mann-Whitney e Correlação Spearman's).

Resultados: 275 casos. H/M:152/123. Idade média:64,3 ± 18,1 anos. Etiologia: litíase-45,9%, álcool-23,7%, hipertrigliceridemia-7,3%, iatrogénica-3,6%, fármacos-1,7%, indeterminada-17,8%. Categorias de gravidade: leve-26,5%, moderada-10,9%, severa-53,1%, crítica-9,5%. Duração média do internamento (dias): leve-4,7, moderada-6,3, severa-9,2, crítica-23,4. Referência à cirurgia: leve/moderada-0%, severa-4,8%, crítica-76,9%. Taxa de mortalidade: leve/moderada-0%, severa-34,9%, crítica-50%. Constatou-se uma correlação directa significativa entre a gravidade e a duração do internamento. A referência à cirurgia foi significativamente

superior na PA crítica, o mesmo ocorrendo com a mortalidade associada às duas formas mais graves da doença. As taxas de mortalidade verificadas estão de acordo com os dados fornecidos pela literatura.

Conclusões: 1) A classificação da gravidade da PA de Petrov & Windsor revelou ser clinicamente válida, mormente no que se refere à aferição da duração do internamento, taxa de referenciação cirúrgica e mortalidade; 2) A redução das ainda elevadas taxas de mortalidade associadas às formas severas e críticas de PA passa pela admissão precoce das mesmas numa UCI.

3. ECOENDOSCOPIA E COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EM TANDEM - SEGURANÇA E APLICABILIDADE

J. Dinis Silva, P. Pinto Marques, R. Loureiro, J. Freitas

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Garcia de Orta, EPE.

Introdução e objectivo: A abordagem diagnóstica e terapêutica da patologia pancreato-biliar requiere muitas vezes a utilização da ecoendoscopia e da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). A associação destas técnicas numa única sessão (tandem) tem sido defendida de forma a diminuir os recursos empregues. O objectivo deste estudo foi averiguar a segurança e aplicabilidade na prática clínica da realização destas técnicas em tandem.

Métodos: Estudo retrospectivo num hospital terciário compreendendo o período entre 2008 e 2011. As variáveis recolhidas foram comparadas pelo teste t-Student ou exacto de Fisher.

Resultados: Incluíram-se 27 doentes (15 homens), com idade média de 67,4 anos. As principais indicações para a realização destes exames foram a obstrução da via biliar principal (VBP) por massa pancreática e a suspeita de coledocolitíase. A ecoendoscopia foi o primeiro exame em 26 casos. Em oito ocasiões foi efectuada sedação com propofol por anestesista. Nos restantes foi administrado midazolam (n = 19, média de 9,6 mg), fentanilo (n = 19, média de 83,1 µg) e droperidol (n = 15, média de 3 mg). Não se registaram diferenças em relação à tolerabilidade dos exames ou às complicações nos doentes que efectuaram sedação pelo gastreenterologista em oposição à efectuada pelo anestesista. Fez-se punção aspirativa por agulha fina guiada por ecoendoscopia em 16 casos (sensibilidade diagnóstica de lesões malignas = 86,6%). A sensibilidade da ecoendoscopia para o diagnóstico de coledocolitíase foi de 85,7%. A taxa de canulação da VBP foi de 88%, dois casos após septotomia do Wirsung e um após pré-corte. Registaram-se complicações em quatro doentes: bradicardia (1), dessaturação (1), migração da prótese (1) e hemorragia pós-esfincterotomia endoscópica (1).

Conclusões: A execução dos dois procedimentos endoscópicos numa única sessão mostrou ser segura, independentemente do tipo de sedação utilizada. A acuidade diagnóstica e eficácia terapêutica desta abordagem parecem ser sobreponíveis ao reportado na literatura para cada um dos exames separadamente, permitindo poupar tempo e recursos.

4. PUNÇÃO GUIADA POR ECO-ENDOSCOPIA: VALIDADE DIAGNÓSTICA EM LESÕES PANCREÁTICAS SÓLIDAS

T. Correia, S. Carvalho, F. Portela, P. Figueiredo, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A punção aspirativa com agulha fina guiada por ecoendoscopia (EE-PAAF) em lesões pancreáticas ultrapassa algumas limitações dos métodos de punção tradicionais. No entanto, não há consenso em relação à sua utilidade e impacto em lesões sólidas ressecáveis.

Objectivo: Avaliação do valor diagnóstico e segurança da EE-PAAF nas lesões pancreáticas sólidas.

Métodos: Estudo retrospectivo de EE-PAAF em lesões pancreáticas sólidas realizadas entre 2007 e 2011. O diagnóstico final foi obtido através de: análise anatomopatológica da peça operatória, cito e/ou histologia inequívoca na PAAF e seguimento clínico e/ou imagiológico. No cálculo do valor diagnóstico, os resultados suspeitos foram considerados malignos (verdadeiros ou falsos positivos), e as amostras insuficientes para diagnóstico foram considerados como verdadeiros ou falsos negativos.

Resultados: Foram realizadas 58 EE-PAAF e 53 doentes, 27 do sexo masculino e média de idade de $59,6 \pm 15,3$ (24-81 anos). As lesões localizavam-se maioritariamente na cabeça (72,5%), realizando-se uma média de $1,97 \pm 0,95$ passagens (1-4). A média do tamanho das lesões foi de $3,9 \pm 1,5$ cm. Na análise anatomopatológica: 17,2% de amostras sem diagnóstico conclusivo (13,8% insuficientes para diagnóstico; 3,4% suspeitos para malignidade); 60,3% positivas para malignidade (incluindo 44,8% adenocarcinoma ductal; 12,1% tumores neuroendócrinos; tumores mucinosos (3,4%). Não foi possível obter dados de seguimento de três doentes. A taxa de falsos negativos foi de 9% e a de falsos positivos foi de 1,8%. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e acuidade foram de 87,8%, 92,9%, 97,3%, 72,2% e 89,1%, respetivamente. A acuidade da repetição de punções em doentes com um primeiro resultado negativo foi de 66,7%. Não se verificaram complicações.

Conclusões: A EE-PAAF apresenta um elevado valor diagnóstico em lesões pancreáticas sólidas. A presença de alterações inflamatórias perilesionais, que pode aumentar os resultados falsos positivos ou negativos.

5. FATORES DE PROGNÓSTICO NA COLANGITE AGUDA

L. Eliseu¹, R. Cardoso¹, N. Almeida¹, C.G. Silva², D. Gomes¹, E. Camacho¹, A. Rosa¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra.

Objectivo: Caracterização dos episódios de colangite aguda e identificação de fatores de prognóstico.

Métodos: Estudo retrospectivo, abrangendo 92 doentes (sexo masculino - 55,4%; média etária - 75 ± 14 anos) internados com o diagnóstico de colangite (107 episódios), num período de 1 ano. Realização de análise estatística descritiva, regressão uni e multivariada e com curvas ROC.

Resultados: As manifestações iniciais mais frequentes foram as que constituem a tríade de Charcot - dor abdominal (74,8%), icterícia (72,9%) e febre (72,0%); pênade de Reynolds presente em 1,9%. A etiologia predominante foi a coledocolitíase (72,3%), seguida das neoplasias (16,8%). Realizaram hemoculturas 54 doentes, positivas em 44,4%, sendo a *Escherichia coli* o microrganismo mais comum. Efectuada CPRE para descompressão da via biliar em 62 doentes; 3 tiveram necessidade de abordagem percutânea e 1 de cirurgia. A mortalidade global foi de 7,5%. Demonstraram elevada sensibilidade (S), como preditivos de mortalidade, valores de bilirrubina total $> 6,7$ mg/dL na admissão (AUC 0,86, S 87,5%, IC 95%) e elevação da PCR > 14 mg/dL nas primeiras 72 horas (AUC 0,70, S 87,5%, IC 95%). A regressão simples identificou, como fatores de prognóstico, a insuficiência renal, insuficiência respiratória, choque, manifestações neurológicas e elevação dos leucócitos, bilirrubina, fosfatase alcalina e PCR. Destes, a análise multivariada confirmou como fatores independentes a insuficiência respiratória ($p < 0,05$) e a hiperbilirrubinemia ($p < 0,05$).

Conclusões: A colangite aguda constitui uma patologia com considerável taxa de mortalidade. A existência de insuficiência de

órgão, hiperbilirrubinemia acentuada e elevação da PCR nos primeiros dias são fatores de pior prognóstico, a ter em consideração na abordagem terapêutica instituída.

6. PANCREATITE AUTOIMUNE - UMA ENTIDADE RARA OU SUBDIAGNOSTICADA?

N. Almeida¹, M.A. Cipriano², C. Marinho², E. Camacho¹, C. Gregório¹, A. Silva³, H. Alexandrino³, J. Oliveira³, E. Furtado⁴, F. Martinho⁴, F. Castro Sousa³, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica;

³Serviço de Cirurgia A; ⁴Serviço de antiga Cirurgia II, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A pancreatite autoimune (PAI) é um tipo de pancreatite que pode simular uma neoplasia maligna do pâncreas pelo que, frequentemente, o diagnóstico é estabelecido após intervenção cirúrgica.

Objectivo: Avaliar os diagnósticos de PAI em peças histológicas, estabelecendo as características clínicas/laboratoriais/imagiológicas observadas nestes doentes.

Métodos: Estudo retrospectivo, com análise de uma base de dados da anatomia-patológica, centrando a pesquisa na palavra “pancreatite” (últimos 8 anos). Revisão de todos os relatórios com identificação dos casos de PAI. Consulta dos respetivos processos únicos com registo da idade, sexo, manifestações clínicas, formas de apresentação, estudos imagiológicos, avaliação analítica, tipo de cirurgia realizada e follow-up.

Resultados: Identificados 72 casos, dos quais 5 correspondiam a PAI (sexo masculino-4; média de idades-45 ± 22 anos). Principais manifestações clínicas - icterícia obstrutiva (80%); Diabetes mellitus de instalação recente (20%). Todos os doentes foram submetidos a avaliação imagiológica que revelou a presença de formações nodulares na cabeça (60%) ou na cauda (20%) do pâncreas e, num dos casos, na proximidade da cabeça do pâncreas/via biliar distal. Estes nódulos tinham uma dimensão média de 30,2 ± 9,4 mm. O nível mediano de CA 19.9 foi de 28 U/ml (2 a 130). Só um doente tinha estudo da autoimunidade, doseamento da IgG4 e tinha recebido corticoterapia pré-intervenção. Dois doentes realizaram CPRE, com colocação de próteses plásticas. Cirurgias: duodenopancreatectomia cefálica-4; pancreatectomia corpo-caudal-1. Não se verificaram intercorrências major. O tempo médio de follow-up foi de 37,4 ± 31,2 meses (11 a 84).

Conclusões: A PAI parece ser uma entidade rara na nossa prática clínica corrente. Manifesta-se essencialmente sob a forma de icterícia obstrutiva, condicionada por nódulos pancreáticos, identificados imagiologicamente. Esta hipótese de diagnóstico deve ser sempre considerada neste contexto, particularmente em indivíduos jovens, pois um curso de corticoides pode ser suficiente para evitar uma cirurgia com potencial morbi-mortalidade.

7. COLOCAÇÃO DE PRÓTESE PANCREÁTICA PARA PREVENÇÃO DA PANCREATITE PÓS-CPRE EM DOENTES DE RISCO

G. Ramos, J. Saiote, R. Rio Tinto, J. Esteves, A. Mateus Dias, J. Martins, J. Coimbra

Serviço de Gastrenterologia (Director: Dr. David Marques), Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

Introdução: A colangiopancreatografia rerógrada endoscópica [CPRE] é actualmente um exame eminentemente terapêutico, com um papel preponderante na abordagem da patologia hepato-bilio-pancreática. No entanto, é a técnica endoscópica com maior taxa de complicações, destacando-se a pancreatite pós-CPRE [PPC] com

uma incidência de 3,5% em doentes não seleccionados e que, em grupos de risco, pode atingir os 30%. Estão definidos vários factores de risco para a PPC, sendo o risco cumulativo quando vários factores coexistem. Dos factores relacionados com o doente destacamos o sexo feminino e a idade < 50 anos, cada um associado a taxas de PPC de 10-20% em várias séries (odds ratio 2,23 e 1,09-6,68, respectivamente). Vários métodos de profilaxia da PPC têm sido estudados, incluindo a colocação de prótese pancreática profilática [PPP] em doentes de risco.

Objectivo: Avaliar a incidência de PPC em doentes de risco (mulheres com < 50 anos) em que foi colocada PPP.

Métodos: Análise prospectiva de 30 CPREs consecutivas realizadas em mulheres com < 50 anos em que foi colocada PPP (5-7Fr), efectuadas entre Janeiro de 2009 e Fevereiro de 2012. Foi avaliada a incidência de PPC, definida como dor de novo ou agravada após CPRE, associada a elevação da amilase e/ou alterações imagiológicas compatíveis com pancreatite, com necessidade de internamento. Não foram usadas outras medidas profiláticas, nomeadamente anti-inflamatórios não esteróides.

Resultados: Em 30 mulheres submetidas a CPRE, com idade média de 29,9 anos (15 a 47 anos), verificou-se 1 caso (3,3%) de PPC ligeira (classificação de Atlanta), motivando um internamento de 8 dias.

Conclusões: A incidência de PPC (3,3%) neste grupo de risco aumentado foi semelhante à descrita na literatura para doentes não seleccionados e muito inferior ao risco estimado com base na literatura (> 10%). Os autores consideram que a colocação de PPP é aconselhada em doentes de alto risco para PPC.

8. LESÕES QUÍSTICAS DO PÂNCREAS: QUAL O PAPEL DA ECOENDOSCOPIA?

J. Machado, P. Ministro, F. Portela, A. Silva

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.

Introdução e objectivo: As lesões quísticas do pâncreas (LQP) têm vindo a ser crescentemente identificadas em exames de imagem, muitas vezes como achados incidentais. O espectro de entidades clínicas que se apresentam deste modo varia desde lesões benignas até lesões malignas com elevada mortalidade. O objectivo desta análise foi avaliar o grau de concordância da ecoendoscopia (EcoEDA) com métodos de imagem seccional e com o diagnóstico final nas LQP.

Métodos: Foram incluídos doentes com LQP submetidos a EcoEDA com punção durante 5 anos. Os dados foram colhidos retrospectivamente e registados num formulário pré-definido.

Resultados: Foram incluídos 25 doentes com idade média de 60,76 ± 13,46 anos. Dezassete (68%) doentes eram do sexo feminino. Doze (48%) apresentavam sintomas. Vinte e quatro (96%) foram submetidos a punção guiada por EcoEDA. Não se registaram complicações durante os procedimentos. Durante o follow-up, cinco (20%) doentes foram operados e 3 (12%) faleceram. Subdividindo a amostra em lesões benignas (cistadenoma seroso e pseudoquisto) e pré-malignas (cistadenoma mucinoso e IPMN), encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa nos valores do CEA intra-lesional (p = 0,017). Em relação às dimensões da lesão e presença de sintomas não se encontraram diferenças (p = 0,399 e p = 0,350, respectivamente). Sete doentes tinham realizado previamente RMN

Diagnóstico ecoEDA	n (%)
Cistadenoma seroso	12 (48)
Cistadenoma mucinoso	5 (20)
Cistadenocarcinoma	3 (12)
IPMN	3 (12)
Pseudoquisto	2 (8)

e 21 TC abdominal, a ecoendoscopia foi concordante com 85,7% das RMN e 95,2% dos TC. A ecoEDA foi concordante com o diagnóstico final em 88% dos casos (n = 22).

Conclusões: A ecoEDA tem assumido um papel cada vez mais relevante na avaliação destas lesões, permitindo, na maioria das situações, a colheita material e o estabelecimento de um diagnóstico definitivo.

Instantâneos Endoscópicos

28 junho 2012, 09:30-11:00, Sala D. Luís

1. RENDEZVOUS EUS-CPRE: ACESSO AO DUCTO PANCREÁTICO POR VIA ANTERÓGRADA GUIADO POR ECOENDOSCOPIA

P. Figueiredo, P. Pinto-Marques, D. Serra

*Serviço de Gastreenterologia, Hospital Garcia de Orta.
Serviço de Gastreenterologia, Hospital da Luz.*

Descrição: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) tornou-se a pedra angular na abordagem da patologia biliopancreática. Contudo, por vezes o acesso biliopancreático requer o apoio da ecoendoscopia (EUS), descrevendo-se em seguida um desses casos. Um homem de 58 anos com queixas recorrentes de dor abdominal foi diagnosticado com pancreatite crónica calcificante de etiologia etanólica. A tomografia computadorizada revelou litíase intra-ducto pancreático. O doente foi submetido a CPRE, contudo não foi possível canular o ducto de Wirsung sendo necessário o apoio da EUS. A EUS identificou difusa e exuberante calcificação no parênquima pancreático, bem como cálculos no Wirsung que condicionavam dilatação a montante. O ducto pancreático foi acedido por via transgástrica ao nível do istmo. Foi realizada a wirsungografia por injeção de contraste detectando-se ponto de interrupção provocado pelo cálculo intra-ductal. Procedeu-se a passagem anterógrada de fio de 0,035 polegadas, franqueando-se o cálculo e garantindo o acesso ao lúmen duodenal via papila. Subsequentemente realizou-se CPRE, com canulação do ducto de Wirsung através do fio previamente colocado, seguida de esfinterectomia pancreática e extracção do cálculo.

Discussão: Os autores apresentam este caso pela raridade e complexidade técnica inerentes.

2. HEMOSUCCUS PANCREATICUS

A. Ferreira, L. Eliseu, M. Sampaio, H.T. Sousa, J.F. Costa, J. Brito

Serviços de Gastreenterologia e Radiologia, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE. Clínica Universitária de Radiologia, CHUC.

Doente do sexo masculino, de 40 anos, com antecedentes de pancreatite crónica de etiologia etílica e hemorragia por úlcera duodenal, recorreu ao SU por quadro de melenas e astenia com 12

dias de evolução, com referência a episódios semelhantes no passado recente. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, anictérico, evidenciando acentuada palidez da pele e mucosas. O abdómen estava livre. Analiticamente destacava-se apenas anemia grave (Hb 3,6 g/dL) normocítica. A EDA realizada após reposição ressuscitação inicial, revelou a presença de varizes gástricas tipo IGv1 e sangue vivo na área papilar, tendo a duodenoscopia imediata confirmado a existência de hemorragia activa pela vertente inferior da papila de Vater, com saída de bÍlis clara pela vertente superior da mesma - hemosuccus pancreaticus. A angio-TC, complementada por angio-RM e colangio-RM, revelou imagem nodular hipodensa com 8 mm na cabeça pancreática, com intenso realce em fase arterial e isodensa com os vasos em fase portal, sugestiva de pseudoaneurisma intrapancreático; estes exames mostraram, também, aspectos de pancreatite crónica calcificada e pseudoquisto mediastínico comunicante com o canal de Wirsung. O doente foi enviado a centro terciário, onde realizou, com sucesso, embolização angiográfica selectiva de pseudoaneurisma da artéria pancreatoduodenal inferior, não se tendo verificado recidiva hemorrágica ou qualquer complicação imediata ou remota. Os autores apresentam completa iconografia endoscópica e imagiológica ilustrativa desta rara causa de hemorragia digestiva alta.

3. ESTENOSE BENIGNA REFRACTÁRIA DO ESÓFAGO: TERAPÊUTICA COM COLOCAÇÃO TEMPORÁRIA DE PRÓTESE METÁLICA AUTO-EXPANSÍVEL TOTALMENTE COBERTA

I. Marques, J. Canena, A. Lagos, B. Costa

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Caso clínico: doente do sexo masculino, 60 anos, caucasóide, submetido a esofagectomia e gastrectomia polar com esofagogastrostomia por adenocarcinoma do cárdia (T2N0). Dois meses após a cirurgia, iniciou quadro de disfagia progressiva (score 2-3), constatando-se na endoscopia estenose inultrapassável da anastomose (5-6 mm de diâmetro e 2 cm de comprimento). Procedeu-se à realização de 5 sessões de dilatação com velas de Savary-Gilliard (diâmetro máximo de 14mm), com periodicidade semanal, seguidas de mais três sessões de dilatação com velas e injeção intralesional de triancinolona nos quatro quadrantes. No intervalo de cada procedimento, verificou-se recidiva precoce (< 7 dias) da estenose e consequente disfagia. Optou-se por manter terapêutica conservadora com colocação de prótese metálica auto-expansível totalmente coberta (10 cm de comprimento x 23 mm de diâmetro), assistindo-se a resposta clínica favorável (score de disfagia 0). Ao fim de 3 meses, a prótese foi retirada, verificando-se ao 2º mês, recidiva da estenose e disfagia (score 1-2). Colocou-se nova prótese com as mesmas características, que foi retirada ao 6º mês, não se evidenciando tecido de granulação na zona da anastomose. Durante a permanência das próteses o doente não teve queixas como dor, refluxo ou regurgitação. Ao fim de 12 meses de seguimento, o doente não tinha disfagia (score 0-1) e a zona da anastomose estava permeável e sem necessidade de terapêutica endoscópica. **Motivação/Discussão:** A terapêutica conservadora com dilatação endoscópica (velas ou balão) deve ser a abordagem de primeira linha das estenoses benignas do esófago. Contudo, a dilatação seriada destas estenoses está ocasionalmente associada a incapacidade de manter um lúmen esofágico de pelo menos 14 mm e de não haver disfagia (estenose refractária). A colocação temporária de próteses auto-expansíveis como próteses plásticas, biodegradáveis e metálicas totalmente cobertas tem-se afirmado como uma opção segura e razoavelmente eficaz num grupo de doentes com poucas opções terapêuticas.

4. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE SÍNDROME DE BOUVERET

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

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.

Doente do sexo feminino, 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e colecistite aguda litiásica. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal ligeira localizada no epigastro e hipocôndrio direito com cerca de uma semana de evolução, com agravamento súbito e intenso, com náuseas, vômitos e intolerância alimentar. Ao exame objectivo a doente encontrava-se apirética e hemodinamicamente estável, com dor à palpação no epigastro e hipocôndrio direito e defesa, sem outros sinais de irritação peritoneal. Sem alterações analíticas de relevo. A ecografia abdominal mostrou vesícula biliar litiásica, com pneumobilia. Para melhor esclarecimento foi solicitada TC abdominal, que revelou marcado espessamento das paredes da 2ª porção do duodeno com hipercaptação de contraste, e solução de continuidade com cerca de 7-8 mm; colecção de 2,5 cm com líquido e ar no interior entre a vesícula biliar e duodeno; vesícula biliar escleroatrófica colapsada com focos litiásicos e bolhas de ar. Estes achados foram interpretados como úlcera duodenal perfurada, pelo que foi realizada laparotomia exploradora, onde se identificou plastron vesicular crónico intransponível e inabordable, optando-se por tratamento conservador. Por persistência da sintomatologia, realizou-se endoscopia digestiva alta que demonstrou cálculo biliar obstrutivo no bolbo com 2,5 cm de maior eixo, o qual se removeu para o estômago com ansa de polipectomia, procedendo-se à sua fragmentação com ansa de Dormia. Extraíu-se fragmento residual com cerca de 1 cm, sem complicações. Visualizou-se deformação bulbar na vertente antero-inferior distal do duodeno com aparente fistulização da vesícula biliar. Trata-se de um caso de Síndrome de Bouveret, uma causa rara de obstrução à drenagem gástrica causada por passagem de cálculo biliar através de fistula colecisto-duodenal. Demonstra-se a importância da endoscopia digestiva alta tanto no diagnóstico como na terapêutica desta patologia, dado que afecta normalmente idosos com várias comorbilidades e elevado risco cirúrgico.

5. PRÓTESE BIODEGRADÁVEL: UMA NOVA OPÇÃO NO TRATAMENTO DA ESTENOSE ESOFÁGICA BENIGNA REFRACTÁRIA?

R. Pimentel, S. Barrias, T. Moreira, I. Pedroto

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Porto.

Descrição: Doente do sexo masculino, 52 anos, com estenose esofágica cáustica. Em 04/2009, perfuração esofágica durante remoção endoscópica de empactamento alimentar, submetido a exclusão esofágica bipolar e posterior reconstrução com interposição de cólon. Estenose de anastomose esocólica diagnosticada 1 mês após cirurgia, com necessidade de sessões periódicas (inicialmente quinzenais e depois mensais) de dilatação com balão TTS (até 15 mm de diâmetro), várias vezes complementada com incisão da estenose por electrocauterização, cumprindo critérios de estenose esofágica refractária. Em 09/2011, apresentando disfagia grau 2, colocou prótese esofágica biodegradável de 6 cm, sem complicações intraprocedimento e no follow-up. Nos primeiros 6 meses de follow-up manteve disfagia grau 0, sem necessidade de terapêutica endoscópica. Reavaliação endoscópica ao 6º mês sem evidência da prótese e sem estenose.

Discussão: Apesar de existirem diferentes modalidades de terapêutica endoscópica das estenoses esofágicas benignas, em alguns doentes não se consegue obter melhoria significativa, persistindo disfagia com impacto negativo na qualidade de vida.

Nestas estenoses refractárias à dilatação, a utilização de próteses é uma opção, no entanto até à data não se encontrando um tipo de prótese que associe elevada eficácia a uma incidência mínima de complicações. Recentemente foram desenvolvidas umas próteses constituídas por um polímero biodegradável, progressivamente reabsorvido, permitindo manter um efeito dilatador prolongado. Os poucos casos descritos na literatura mostram taxas de eficácia aceitáveis com uma baixa incidência de complicações, podendo estas próteses constituir uma promissora alternativa ao tratamento cirúrgico ou a dilatações endoscópicas frequentes. Com este caso pretendemos descrever como esta nova modalidade terapêutica foi utilizada com sucesso, sem complicações associadas, permitindo uma melhoria significativa na qualidade de vida e evitando novas intervenções.

6. DOENÇA DE PAGET PERIANAL ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA DO RETO: RELATO DE UM CASO RARO

I. Ribeiro, T. Pais, C. Fernandes, L. Proença, S. Fernandes, A. Rodrigues, R. Pinho, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

A Doença de Paget (DP) perianal é uma neoplasia intra-epitelial rara que se encontra associada a adenocarcinoma retal em 33% dos doentes. No entanto, estão descritos cerca de 30 casos na literatura. Apresenta-se o caso clínico de um homem de 54 anos, enviado à consulta por retorragias com meses de evolução. Toque retal com massa polipoide palpável; ausência de adenomegalias. Analiticamente sem anemia, função hepática e CEA normais. Colonoscopia total: junto à margem anal observou-se formação polipoide com cerca de 4 cm ocupando metade da circunferência luminal do reto. Exame histológico: adenoma viloso com displasia de alto grau. Ecoendoscopia e RM pélvica: lesão da mucosa sem aspetos invasivos. TC abdominal sem metástases. Submetido a ressecção endoscópica da lesão. Histologia mostrou adenocarcinoma originado em adenoma viloso; as áreas de adenocarcinoma invasivo distam 2 mm da margem cirúrgica. Repetiu retossigmoidoscopia para tatuagem, tendo-se observado papila anal hipertrófica. Submetido a ressecção transanal para alargamento da margem da lesão e remoção da papila anal. Histologia do retalho da parede retal excluiu lesão neoplásica residual e na papila anal observaram-se células malignas de carcinoma constituídas por células em anel de sinete; na extremidade do retalho verificou-se progressão “pagetóide” das células a estruturas glandulares anexas da região - diagnóstico de DP. A positividade destas células para o CK20 reforçou a hipótese da neoplasia invasora simultânea ser de origem intestinal. Posteriormente submetido a alargamento da margem da lesão anal. Exame histológico de cortes de congelação excluiu presença de estruturas neoplásicas intra-epiteliais residuais. Embora a associação da DP com o adenocarcinoma retal seja rara, o exame histológico da região anal é importante, mesmo na ausência de achados clínicos sugestivos de DP. O prognóstico depende do estágio da neoplasia primária, sendo necessário um seguimento a longo prazo devido às elevadas taxas de recorrência local.

7. DIVERTÍCULO DE WINDSOCK - UMA LOCALIZAÇÃO SINGULAR DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

M. Eusébio, A. Ramos, A.L. Sousa, A.G. Antunes, P. Caldeira, H. Guerreiro

Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Faro, EPE.

Os autores apresentam o caso de um homem de 67 anos de idade com quadro clínico de melenas, sem repercussão hemodinâmica, associadas a anemia. Trata-se de um doente com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatia isquémica e

insuficiência renal crónica, sob anti-agregação crónica. Foi submetido a endoscopia digestiva alta que revelou um duplo lúmen na segunda porção do duodeno, correspondendo um destes a um divertículo sacular extenso. No seu interior, constatou-se uma lesão punctiforme com hemorragia em toalha que cessou após terapêutica com coagulação árgon-plasma. O trânsito gastro-duodenal com duplo contraste revelou imagem sacular característica, na segunda/terceira porção duodenais, preenchida por contraste e rodeada por um halo radiotransparente. A tomografia computadorizada confirmou imagem duodenal de “ansa dentro de ansa” compatível com o achado endoscópico e com um divertículo de Windsack. O doente manteve-se sem recidiva hemorrágica, vindo no entanto a falecer por outra patologia co-mórbida. Os divertículos duodenais intraluminais, também denominados por divertículos de Windsack, são uma entidade clínica rara, estando descritos menos de cem casos na literatura actual. Frequentemente assintomáticos, também podem manifestar-se sob a forma de complicações, nomeadamente obstrução intestinal, pancreatite ou hemorragia. Pela sua raridade, forma de apresentação e interesse científico, os autores apresentam iconografia que documenta este tipo de lesão.

8. HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA - UMA ETIOLOGIA POUCO COMUM E DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

N. Almeida¹, R. Cardoso¹, D. Gomes¹, D. Fernandes², P. Duarte², J. Dinis Silva¹, P. Amaro¹, M. Ferreira¹, J. Romãozinho¹, H. Gouveia¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Centro Hospitalar da Cova da Beira.

Apesar do advento das novas formas de enteroscopia, a abordagem dos doentes com hemorragia digestiva média continua a representar um desafio. Os autores apresentam o caso de uma doente de 86 anos de idade, com antecedentes de insuficiência cardíaca e suposta gastrectomia subtotal com montagem provável em BillRoth 2 por neoplasia gástrica, transferida de outra unidade de saúde por apresentar hematoquezias, com repercussão hemodinâmica. O quadro clínico teve início em Setembro de 2011, com vários internamentos hospitalares, e a doente já tinha sido submetida a diversos exames complementares de diagnóstico, incluindo endoscopia digestiva alta(EDA), colonoscopia e enteroscopia por cápsula(CE). A 28 de Fevereiro é admitida por novo episódio de hemorragia com rebate hemodinâmico. Foi efetuada EDA que revelou apenas hiperémia da anastomose gastro-jejunal e CE urgente que mostrou a presença de abundante quantidade de sangue desde o coto gástrico até ao íleon; num segmento do jejuno parecia observar-se uma diminuta solução de continuidade da mucosa. Como mantinha perdas hemáticas, foi transferida para o nosso hospital. Optou-se então pela exploração do jejuno proximal com recurso a endoscópio terapêutico com cap de plástico na extremidade. Foi possível alcançar uma segunda anastomose, jejuno-jejunal, a aproximadamente 50 cm da anastomose gastro-jejunal. Identificaram-se cordões varicosos peri-anastomóticos, um deles, com aparente ponto de rotura. Efetuada obliteração deste cordão com injeção de 1 cc de mistura de cianoacrilato + Lipiodol(R), não se verificando recidiva hemorrágica após o procedimento. A revisão do relato operatório permitiu confirmar que a montagem cirúrgica correspondia a um Y-de-Roux e não a um BillRoth 2, como inicialmente se supunha. Este caso clínico, (documentado iconograficamente) demonstra um achado endoscópico pouco habitual e a utilidade de uma variante técnica, com recurso a endoscópio terapêutico para progressão jejunal profunda e cap plástico para visualização mais adequada. Também comprova a eficácia do cianoacrilato no tratamento de varizes peri-anastomóticas.

9. HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA POR HEMANGIOMA CAVERNOSO DO INTESTINO DELGADO

D. Fernandes, I. Dionísio, S. Jardim, P. Duarte, G. Pastor, C. Vicente, R. Ramos, C. Casteleiro Alves

Centro Hospitalar Cova da Beira.

Os hemangiomas gastrointestinais são neoplasias benignas raras, constituindo 0,05% de todas as neoplasias gastrointestinais e podem acometer qualquer porção do aparelho digestivo. A principal manifestação clínica é a hemorragia gastrointestinal, geralmente insidiosa nos hemangiomas do tipo capilar, podendo ser aguda e severa nos do tipo cavernoso. O exame endoscópico constitui o método de eleição no diagnóstico destas lesões, sendo a videocápsula endoscópica o gold standard para as lesões do intestino delgado. Doente do sexo feminino com 56 anos e antecedentes de hipertensão arterial e síndrome depressivo. Recorre ao serviço de urgência por um quadro de hematoquezias de sangue vermelho escuro com coágulos, vômitos biliares e lipotímia, com 24h de evolução. Negava dor abdominal e referia toma recente de anti-inflamatórios não esteróides. Ao exame físico apresentava TA: 125/76 mmHg, FC: 91 bpm, palidez muco-cutânea, abdómen mole, sem dor ou massas palpáveis. Analiticamente destacava-se anemia microcítica e hipocrômica (Hb 9,4 g/dL, VCM 78,1 fL e HCM 26,3 pg). Realizou endoscopia digestiva alta que não revelou alterações, nomeadamente a presença de sangue até a segunda porção do duodeno. A fibroscopioscopia revelou presença abundante de sangue com coágulos em todo o lúmen. Posteriormente realizou colonoscopia com ileoscopia não se tendo detectado vestígios de sangue ou qualquer lesão no trajecto percorrido. Prosseguiu-se a investigação da hemorragia digestiva com videocápsula endoscópica, tendo-se identificado uma lesão neoplásica volumosa, circunferencial, de cor violácea, provavelmente no íleon, a condicionar estenose luminal mas sem hemorragia activa. A tomografia computadorizada abdominopélvica revelou uma ansa intestinal espessada, irregular, com formações calcificadas e aproximadamente 14 cm de diâmetro no flanco e fossa ilíaca direitas. A doente foi submetida a enterectomia segmentar por laparotomia. A cirurgia e a sua evolução decorreu sem complicações e o exame histológico da peça operatória revelou tratar-se de um hemangioma cavernoso do íleon. Apresenta-se iconografia endoscópica, imagiológica e cirúrgica.

10. PERFURAÇÃO DUODENAL APÓS ESFINCTEROTOMIA ENDOSCÓPICA - TRATAMENTO COM PRÓTESE METÁLICA AUTO-EXPANSÍVEL

M. Canhoto, R. Carvalho, N. Almeida, D. Gomes, C. Sofia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Os autores apresentam um caso de perfuração duodenal associada a esfincterotomia endoscópica (ETE), com destaque para a iconografia e resolução da mesma. Trata-se de um doente de 85 anos, sexo masculino, admitido por quadro clínico, laboratorial e imagiológico compatível com pancreatite aguda litiásica. Foi realizada colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) que revelou dilatação da via biliar principal, em particular na sua porção distal, com defeito de repleção compatível com cálculo. Realizada ETE e passagem de cesta com extracção do cálculo. À retirada constatou-se perfuração a nível da ETE, que se tentou encerrar com clips, sem sucesso, pelo que se optou pela colocação de prótese metálica auto-expansível coberta (8 × 40 mm). O doente permaneceu internado sob vigilância, sem evidência clínica ou imagiológica de perfuração ou enfisema subcutâneo, e teve alta 10 dias após o procedimento, sem registo de complicações. Sem intercorrências durante a permanência da prótese, tendo a mesma sido extraída 8 semanas depois sem complicações. A perfuração retroperitoneal associada à realização de ETE é uma complicação

rara, mas que eleva o risco de mortalidade associado ao procedimento. O sucesso do tratamento desta complicação requer um índice de suspeição elevado e diagnóstico precoce, com recurso cada mais frequente a terapêutica não cirúrgica, nomeadamente a intervenção endoscópica com utilização de próteses metálicas auto-expansíveis.

11. HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORECTAL

P. Figueiredo, P. Pinto-Marques, J. Damião-Ferreira, E. Mendonça, A. Gaspar, M. Mafra

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Garcia de Orta. Serviço de Gastreenterologia, Hospital da Luz.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma mulher de 42 anos referenciada para ecoendoscopia após detecção de quisto perirectal em ressonância magnética abdominal. O exame ecoendoscópico revelou lesão quística multi-septada retro-rectal com 5 cm. Sob cobertura antibiótica procedeu-se a punção aspirativa com agulha fina verificando-se drenagem de líquido espesso amarelado. O estudo citológico demonstrou células epiteliais pavimentosas sem atipia, tendo sido colocadas as hipóteses de teratoma, quisto epidérmico ou hamartoma quístico retrorectal. A doente optou por ressecção laparoscópica, tendo o estudo anatomopatológico confirmado o diagnóstico de hamartoma retrorectal. Esta entidade rara consiste numa lesão congénita que representa um vestígio da cauda presente no embrião humano. A sua excisão é recomendada face ao potencial de degeneração maligna.

Discussão: Os autores apresentam este caso pela sua raridade sublinhando-se o papel da ecoendoscopia no diagnóstico pré-operatório. Esta possibilidade diagnóstica deve ser ponderada perante achados ecoendoscópicos semelhantes detectados nesta topografia.

12. ASPERGILOSE ESOFÁGICA: UM ACHADO ENDOSCÓPICO RARO

D. Trábulo, C. Cardoso, S. Ribeiro, J. Mangualde, I. Cremers, A.P. Oliveira

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal.

A aspergilose é uma das infecções fúngicas invasivas mais comuns em doentes imunocomprometidos, associada a elevada morbilidade e mortalidade. O aparelho respiratório é a região mais frequentemente envolvida, sendo raro o envolvimento gastrointestinal. Os autores descrevem o caso de uma doente de 46 anos, natural de Angola, com o diagnóstico de SIDA (CD4 = 27/mm³), internada por febre, vômitos alimentares, disfagia, anorexia e caquexia com várias semanas de evolução. Negava queixas respiratórias e a radiografia de tórax não mostrava alterações relevantes. Foi submetida a endoscopia digestiva alta, que revelou várias úlceras escavadas do esófago (simulando orifícios de fístula), de bordos irregulares e duros ao toque. O exame anatómopatológico revelou células gigantes multinucleadas e esporos e hifas de fungo, sugestivos de *Aspergillus*. A doente encontra-se actualmente sob terapêutica com voriconazol, com benefício clínico. O envolvimento isolado do esófago por *Aspergillus* é extremamente raro, encontrando-se apenas três casos descritos na literatura, todos em doentes com leucemia. Na maioria dos casos, o prognóstico é mau, podendo ocorrer fistulização para a traqueia ou brônquios e causar mediastinite. Os autores apresentam o caso pela sua raridade e exuberância dos achados endoscópicos, salientando a importância do diagnóstico precoce desta infecção em doentes imunodeprimidos.

13. TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE TUMORES DE ABRIKOSSOFF

A. Lagos, I. Marques, J. Canena, B. Neves

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente (CHLN).

Caso clínico: Os autores descrevem dois casos de ressecção endoscópica de tumores de células granulares do esófago, correspondentes a duas doentes do sexo feminino de 47 e 54 anos de idade, que recorreram à consulta de Gastreenterologia por dispepsia, sem outra sintomatologia acompanhante. Analiticamente não se registavam alterações. A endoscopia digestiva alta (EDA) de uma doente revelou uma formação polipóide sésil de cor amarelada com 12 mm aos 30 cm da arcada dentária e a EDA da outra doente revelou também uma formação polipóide sésil amarelada com 8 mm aos 20 cm da arcada dentária. O exame histológico das duas lesões revelou tratar-se de tumores de células granulares. As duas doentes efectuaram eco-endoscopia alta que revelou lesão de contornos bem definidos, hipocogénica, confinada à submucosa sem envolvimento da muscular própria. Realizaram também tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que excluíram outras lesões. Procedeu-se à ressecção endoscópica em ambas as lesões, que decorreu sem complicações imediatas e o exame anátomo-patológico confirmou que as margens estavam livres de tumor nas duas amostras. A EDA de follow-up aos 12 meses das duas doentes, não revelou sinais de recidiva. Os casos são ilustrados com iconografia endoscópica (imagens e vídeo).

Discussão: O tumor de células granulares, descrito pela primeira vez em 1926 por Abrikossoff, é tumor benigno relativamente raro, que pode desenvolver-se em qualquer parte do corpo, sendo a cavidade oral e a língua os locais mais afectados. No tubo digestivo estes tumores são pouco frequentes (8%), sendo o esófago o órgão mais afectado. Geralmente são nodulares, únicos, bem delimitados e assintomáticos, sendo mais frequentes no sexo feminino, na quarta e sexta décadas de vida. A ressecção endoscópica de pequenos tumores de células granulares é uma alternativa terapêutica segura e eficaz.

14. PRÓTESE ESOFÁGICA BIODEGRADÁVEL NO TRATAMENTO DE ESTENOSE CÁUSTICA REFRATÁRIA - UM CASO DE INSUCESSO TERAPÊUTICO

A. Fernandes, J. Carvalheiro, M.J. Pereira, S. Giestas, R. Ferreira, M. Ferreira, S. Mendes, Z. Romão, C. Agostinho, R. Mesquita, C. Sofia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Embora a utilização de próteses biodegradáveis não esteja formalmente recomendada no tratamento de estenoses esofágicas benignas, estudos recentes mostraram resultados encorajadores, com baixa taxa de complicações.

Objectivo: Os autores apresentam um caso de insucesso terapêutico de prótese esofágica biodegradável em doente com estenose cáustica refratária.

Descrição: Mulher de 57 anos, com antecedentes de Depressão Major, recorreu ao Serviço de Urgência em Maio de 2011 após ingestão voluntária de ácido clorídrico. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou esofagite cáustica - Zargar IIb, em toda a extensão da mucosa, e gastrite cáustica - Zargar IIIa. Cerca de 2 semanas depois, apresentou disfagia progressiva de grau III, condicionada pelo desenvolvimento de estenose intransponível aos 30 cm dos incisivos, com 7 cm de extensão. Necessidade de sucessivas sessões de dilatação com Velas de Savary (até um calibre máximo de 33 Fr), com recorrência rápida da disfagia, associada a uma perda ponderal de 17% ao fim de 3 meses. Pela refratariedade da estenose foi colocada prótese biodegradável (SX-ELLA Stent Degradable BD) de 135 mm em Agosto de 2011, com melhoria clínica

franca. Após 3 meses, reiniciou quadro de disfagia progressiva, constatando-se novamente estenose intransponível, com início a nível da extremidade proximal da prótese, e necrose exuberante da mucosa subjacente. Foi submetida a esofagectomia total e jejunostomia em Janeiro de 2012. Intra-operatoriamente foi observado contacto do polo superior da prótese com a carina traqueal, condicionando laceração iatrogénica do brônquio principal direito. Evolução pós-operatória favorável, mantendo-se atualmente assintomática.

Conclusões: A utilização de próteses esofágicas biodegradáveis no tratamento de estenoses cáusticas pode estar associada a insucesso terapêutico, com desenvolvimento de re-estenose, bem como desencadear complicações graves e potencialmente fatais.

15. ADENOCARCINOMA DUODENAL COM INVASÃO DO CÓLON ASCENDENTE

A. Albuquerque, S. Lopes, H. Baldaia, A. Madureira, G. Macedo

Serviços de Gastreenterologia, Anatomia Patológica e Radiologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Homem de 63 anos admitido por vômitos incoercíveis e perda de peso com dois meses de evolução. A endoscopia digestiva alta revelou a presença de uma lesão nodular infiltrativa com 20 mm na face inferior do bulbo e uma lesão polipóide necrosada com 30 mm na face anterior de DII, não franqueável ao endoscópio. O estômago estava bastante distendido com alimentos. As biópsias das lesões duodenais confirmaram a presença de um adenocarcinoma duodenal. Foi realizada uma Tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal que mostrou a existência de uma lesão duodenal com 60 mm, que invadia a parede duodenal até ao cólon ascendente. A colonoscopia total confirmou a existência de um a lesão polipóide com 40 mm na parede do colon ascendente proximal, com a confirmação histológica de um adenocarcinoma. O doente foi submetido a uma laparotomia exploradora e dada invasão do retroperitônio, rim direito e pedículo hepático foi realizada uma gastrojejunostomia e ileotransversostomia. Foi iniciada quimioterapia com capecitabina e irinotecan (XELIRI). Até à data, não temos conhecimento de publicação na literatura de imagens endoscópicas de adenocarcinomas duodenais com invasão do cólon. O adenocarcinoma duodenal é uma neoplasia rara, representando 0,3% de todas as neoplasias gastrointestinais. A ressecção cirúrgica permanece a única opção de cura. Cerca de 25% dos tumores são irrecutíveis, sendo que a cirurgia paliativa de bypass (como neste caso) ou a colocação endoscópica de próteses com ou sem quimioterapia adjuvante são nestas situações, opções terapêuticas possíveis. Os autores apresentam iconografia endoscópica, imagiológica e histológica.

Sessão Plenária

28 junho 2012, 11:30-13:00, Sala Infante

1. REGULAÇÃO A CURTO E LONGO PRAZO DA ACTIVIDADE DO TROCADOR NA+/H+ PELO TLR2- VIA DE SINALIZAÇÃO INDEPENDENTE DO NF-K?

J.M. Cabral, P. Soares-da-Silva, F. Magro

Departamento de Farmacologia e Terapêutica, CIM-FMUP.

Introdução: Os receptores toll-like do tipo 2 (TLR2) são expressos na membrana celular e reconhecem uma enorme variedade de padrões moleculares associados a patógenos derivados de bactérias, nomeadamente o ácido lipoteicoico (LTA).

Objectivo: Avaliar o efeito da activação dos TLR2 pelo LTA na actividade do trocador Na⁺/H⁺ do tipo 1 e 2 (NHE1/NHE2) em células de epitélio intestinal T84.

Métodos: A actividade dos NHE foi determinada por ensaios fluorimétricos e a expressão proteica foi efectuada por western blot. Todas as experiências foram realizadas na presença de S3226 (100 nM).

Resultados: A activação de curto prazo (0,5 h) do TLR2 diminuiu significativamente a actividade do trocador NHE1/NHE2 de uma forma dependente da concentração (0,01-100 µg/ml; -7 ± 3 to $-21 \pm 3\%$). A activação de longo prazo (18 h) inibiu significativamente a actividade do NHE1/NHE2 (0,01-100 µg/ml; -3 ± 3 to $-21 \pm 3\%$ de controlo) e aumentou a expressão do TLR2 (17%). Após activação do TLR2 ocorre a fosforilação da SRC, recrutamento da PI3K e fosforilação da AC3. Foi observado um aumento significativo dos níveis de cAMP ($32 \pm 3\%$ and $14 \pm 2\%$ de controlo, curto e longo prazo, respectivamente) e a inibição das proteínas cinase A (PLA; com 10 µM H89), fosfolipase C (PLC; com 3 µM U73,122), e a sub-expressão da proteína cinase C (PKC; com 100 nM PDBu por 18h) preveniu o efeito inibitório do LTA sobre os trocadores NHE1/2. A inibição do NF-κB foi incapaz de reverter o efeito inibitório sobre o NHE1/2 induzido pelo LTA quer a curto quer a longo prazo (inibição de 18 ± 3 e $17 \pm 5\%$ de controlo, respectivamente).

Conclusões: A activação do TLR2 leva a uma inibição marcada da actividade do NHE1/2 em células do epitélio intestinal, desencadeando uma via alternativa à via do NF-κB, que envolve as proteínas SCR, PI3K, AC3, PKA, PLC e PKC.

2. HEPATITE B CRÓNICA MULTIRESISTENTE - IMPACTO DA MUTAÇÃO N236 NA TERAPÊUTICA COM TENOFOVIR

H. Cardoso¹, S. Rodrigues¹, A.M.H. Vale¹, J. Sarmiento¹, S. Lopes¹, F. Silva¹, P. Pereira¹, R. Gonçalves¹, M. Marques¹, A. Albuquerque¹, M. Velosa¹, F. Araújo², G. Macedo¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de S. João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ²Serviço de Imunohemoterapia, Centro Hospitalar de S. João, Porto.

Introdução: A ocorrência de mutantes resistentes do vírus da hepatite B constituiu uma grande limitação da terapêutica com análogos até à introdução de entecavir e tenofovir (TDF). O TDF demonstrou ser mais eficaz na presença de mutações associadas ao uso de lamivudina ou adefovir, tendo sido no entanto descrita uma actividade intermédia na presença da mutação N236.

Objectivo: Avaliar a eficácia da terapêutica com TDF, na prática clínica, num grupo de doentes com hepatite B crónica multiresistente incluindo a mutação N236.

Métodos: Foram avaliados, de forma retrospectiva, 66 doentes com hepatite B crónica tratados com TDF, que fizeram determinação de resistências antivirais. Além das características da infecção VHB procurou-se avaliar a eficácia da terapêutica com TDF de acordo com a presença da mutação N236.

Resultados: Quarenta e seis doentes (70% dos doentes testados) apresentavam multiresistências incluindo a mutação N236. Actualmente, 85% estão sob monoterapia TDF e 15% em associação com lamivudina ou entecavir. Previamente ao tratamento, não se observaram diferenças significativas relativamente a idade, presença de cirrose ou ocorrência de carcinoma hepatocelular. A mutação N236 foi mais frequente na hepatite AghBe positiva (61%), $p = 0,001$. Não se verificaram diferenças significativas relativamente aos valores de ALT, de ADN VHB ou da duração de tratamento com TDF. A mutação N236 foi detectada em 11% dos doentes naïve, em 50% dos doentes com hepatite B previamente controlada com outros análogos (na maioria adefovir associado a lamivudina) e em 48% dos doentes com falência terapêutica a outros antivirais, $p < 0,001$. Para os tratamentos com TDF superiores a um ano, só 75% dos com mutação N236 têm viremia indetectável vs 97,7% dos restantes, $p = 0,003$. Também a duração média de tratamento necessária até a negatificação da viremia foi de 14,9 meses com a mutação N236 vs 8,1 meses nos restantes, $p = 0,001$.

Conclusões: A mutação N236 no contexto de VHB multiresistente foi detectada em pelo menos 10% dos naïves e metade dos doentes previamente tratados. A sua presença associou-se a hepatite B mais difícil de tratar, com AghBe positivo e resposta mais lenta a TDF, que se torna evidente nos doentes com tratamento superior a um ano.

3. AVALIAÇÃO CRÍTICA DA NOVA DEFINIÇÃO DE DISFUNÇÃO RENAL AGUDA PELO WORKING PARTY EM DOENTES CIRRÓTICOS

C. Noronha Ferreira, T. Rodrigues, H. Cortez-Pinto, F. Serejo, F. Ramalho, P. Alexandrino, J. Velosa

Serviço de Gastreenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte. Laboratório de Biomatemática, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Introdução e objectivo: O *Working Party*(WP) define disfunção renal aguda(DRA) em cirróticos pelo aumento de creatinina sérica(CrSe) $> 50\%$ do valor basal ou $\geq 0,3$ mg/dL em < 48 horas (Wong et al, Gut 2011). O objectivo do trabalho foi analisar e comparar a incidência e significado clínico de DRA definida pelo WP e CrSe $\geq 1,5$ mg/dL.

Métodos: Avaliamos 94 doentes internados sequencialmente nos cuidados intensivos por cirrose descompensada. Prévio ao internamento, o valor basal de CrSe era $< 1,5$ mg/dL. Estudamos a associação de DRA com vários parâmetros clínicos e laboratoriais e mortalidade hospitalar.

Resultados: Foram estudados 94 doentes, idade média 58 ± 12 anos, sendo 84% (79) homens. Gravidade de cirrose: Child-Pugh: 9 ± 2 e MELD: 17 ± 7 . Valor médio de colesterol total: 101 ± 41 mg/dL. Verificaram-se infecções em 56% (53). A taxa de mortalidade hospitalar foi 28% (26). O valor médio de CrSe era $1,3 \pm 0,7$ mg/dL. Documentou-se DRA pelo WP e CrSe $\geq 1,5$ mg/dL em 46% (43) e 26% (24). Doentes com DRA pelo WP e CrSe $\geq 1,5$ mg/dL, tinham valores baixos de colesterol total (< 100 mg/dL), (OR 2,5, 95%IC: 1-5,9, $p = 0,054$ e OR 3, 95%IC: 1,1-8,6, $p = 0,051$) e maior risco de infecções (OR 5,1, 95%IC: 2,1-12,6, $p < 0,001$ e OR 13,8, 95%IC: 3-63,4, $p < 0,001$). Pelo WP e CrSe $\geq 1,5$ mg/dL, DRA associou-se a maior risco de mortalidade hospitalar (OR 3,1, 95%IC: 1,2-7,8, $p = 0,022$ e OR 6,8, 95%IC: 2,4-18,8, $p < 0,001$). A mortalidade hospitalar em doentes com DRA pelo WP e CrSe $\geq 1,5$ mg/dL foi de 40% (17/43) e 58% (14/24) respectivamente ($p = 0,20$). Avaliando CrSe na alta/óbito e comparando com o valor na admissão, DRA pelo

WP e CrSe $\geq 1,5$ mg/dL foi transitória em 84% (36/43) e 54% (13/24) ($p = 0,02$).

Conclusões: DRA é transitória em $> 50\%$ doentes. A DRA associa-se a maior taxa de infecções e mortalidade hospitalar e valores baixos de colesterol total. A definição de DRA do *Working Party* não parece ser melhor do que CrSe $\geq 1,5$ mg/dL na predição de risco de mortalidade hospitalar.

4. COLOCAÇÃO TEMPORÁRIA DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS TOTALMENTE COBERTAS NO TRATAMENTO DE CONDIÇÕES BENIGNAS BILIARES

J. Canena, M. Liberato, D. Horta, M. Romão, A. Coutinho, J. Deus, B. Neves

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente-CHLN. Centro de Gastreenterologia, Hospital Cuf Infante Santo. Serviço de Gastreenterologia, Hospital Prof Dr Fernando Fonseca. Unidade de Endoscopia, Hospital de Beja-ULSBA.

Introdução e objectivo: As próteses metálicas auto-expansíveis totalmente cobertas (PMAETC) são usadas como terapêutica de resgate em condições benignas biliares (CBB). Vários estudos referem colocações prolongadas e este facto tem sido associado a complicações. Este estudo avaliou o tempo de permanência na via biliar e a eficácia clínica da colocação temporária de PMAETC em 3 CBB: fugas biliares refractárias, hemorragia pós-esfinterotomia (ETE) e perfurações.

Métodos: Estudo retrospectivo, multicêntrico, de 25 doentes submetidos à colocação temporária de PMAETC para resolução de diferentes CBB. Incluíram-se 17 doentes com fugas biliares pós-colecistectomia previamente tratados sem sucesso com ETE e próteses biliares plásticas, 4 doentes com hemorragia de difícil controlo pós-ETE e 4 doentes com perfuração pós-ETE. As próteses foram retiradas após a resolução clínica do problema. Analisaram-se o tempo de colocação, a retirada das próteses, a eficácia clínica, as complicações e o sucesso a longo prazo. Durante o seguimento os doentes foram submetidos a CPRE com colangioscopia para exclusão do surgimento de lesões tardias das vias biliares.

Resultados: As próteses permaneceram na via biliar um tempo mediano de 16 dias (intervalo, 3-30). O sucesso clínico foi obtido em todos os doentes. Os doentes com fugas refractárias tiveram um tempo mediano de colocação de 16 dias (intervalo, 7-28). As próteses colocadas nos doentes com hemorragia pós-ETE e com perfurações pós-ETE foram removidas após um tempo mediano de 6 dias (intervalo, 3-15) e de 29,5 dias (intervalo, 21-30) respectivamente. Não se detectaram complicações relacionadas com o procedimento.

Conclusões: A colocação temporária durante 30 dias ou menos de PMAETC é um tratamento eficaz para a resolução de fugas biliares refractárias, hemorragia pós-ETE e perfurações. O tempo de colocação das próteses deve ser diferente para cada CBB. As próteses são facilmente removidas e um tempo de colocação curto é eficaz e desprovido de complicações imediatas e tardias.

5. LAQUEAÇÃO TRANSESOFÁGICA DO APÊNDICE AURICULAR ESQUERDO COM APOIO TORACOSCÓPICO: ESTUDO EXPERIMENTAL COM SOBREVIDA

J. Moreira-Pinto, A. Ferreira, A. Miranda, C. Rolanda, J. Correia-Pinto

ICVS, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Hospital de Braga.

Introdução: A exclusão do apêndice auricular esquerdo (AAE) é um procedimento estabelecido na prevenção de acidentes vasculares

cerebrais, em doentes de alto risco, com fibrilhação auricular e contra-indicação para terapêutica anticoagulante a longo prazo.

Objectivo: Avaliar a abordagem NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) na laqueação do AAE.

Métodos: Laqueação do apêndice auricular esquerdo por via transesofágica em 4 porcos para estudo agudo e 6 porcos com estudo de sobrevida. Para o procedimento foram utilizados um endoscópio convencional e um toracoscópio com canal trabalho de 3 mm. O endoscópio foi introduzido na cavidade torácica após criação de um túnel submucoso esofágico e o AAE foi laqueado com recurso a um endoloop. O túnel submucoso foi encerrado com clips. O tempo, fiabilidade e segurança do procedimento foram avaliados. No estudo de sobrevida foi efectuada avaliação endoscópica e avaliação postmortem ao 14º dia pós-operatório.

Resultados: A criação do túnel submucoso e a esofagotomia foram realizadas de forma segura em todos os animais sem intercorrências. O tempo médio para realização da esofagotomia foi $17,0 \pm 6,3$ minutos. A dissecação do pericárdio e a laqueação do AAE foram realizadas em todos os animais excepto um. O tempo médio para realização da laqueação do AAE foi $34,4 \pm 19,1$ minutos. Não ocorreram eventos adversos no período de sobrevida. A endoscopia revelou cicatrização completa do esófago. A necrópsia demonstrou adesões pleurais no local de dissecação do pericárdio e o AAE fibrosado com o endoloop bem posicionado.

Conclusões: A laqueação transesofágica do AAE com apoio toracoscópico é fiável e, pode representar uma alternativa à terapêutica anticoagulante ou implantes intracardiácos permanentes, em doentes com fibrilhação auricular.

6. REMOÇÃO DE LESÕES GÁSTRICAS POR DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA USANDO A “TÉCNICA YO-YO”

F. Baldaque Silva¹, M. Marques¹, F. Vilas-Boas¹, M. Velosa³, E. Duarte², G. Macedo¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Anestesiologia, Hospital São João, Porto. ³Serviço de Gastrenterologia, Hospital Nélito Mendonça, Funchal.

Introdução e objectivo: A dissecação endoscópica da submucosa (DES) tem sido crescentemente usada na ressecção em bloco de lesões gastrointestinais. Uma das suas principais dificuldades é a mobilização das lesões parcialmente ressecadas, de modo a melhorar o acesso às margens e espaço submucoso, expondo os vasos da submucosa e evitando perfurações. Com este estudo pretendemos avaliar a eficácia e segurança de uma nova “técnica yo-yo”, desenvolvida pelo nosso grupo, para facilitar a DES.

Métodos: Estudo prospectivo envolvendo doentes com lesões gástricas superficiais maiores a 15 mm e que foram consecutivamente referenciados para DES. Na “técnica yo-yo” é colocado um hemoclip convencional no bordo da lesão parcialmente ressecada. Depois é introduzida, através da nasofaringe, uma ansa diatérmica convencional que segura o hemoclip. Empurrando ou puxando a ansa é possível mobilizar nos 2 sentidos a lesão, aumentando a visualização do plano de dissecação e dos vasos subepiteliais.

Resultados: Foram incluídos 17 doentes (8 mulheres) com idade média de 65 anos (intervalo 47-85). As 17 lesões correspondentes estavam localizadas no antro (n = 14), incisura (n = 2) e corpo (n = 1). A ressecção em bloco foi obtida em todas as lesões. O tamanho dos fragmentos ressecados variou entre 24 e 58 milímetros (média 36 mm), correspondendo a lesões entre 18-45 milímetros (média 25 mm). De acordo com a classificação Paris 3 lesões eram do tipo Is, 7 tipo Ila, 5 I Ib e 2 tipo Ila+I Ic. O tempo de procedimento variou entre 43 e 241 minutos (mediana 82 min). Não ocorreram complicações significativas relacionadas aos procedimentos, tais como hemorragia necessitando de transfusão ou perfuração.

Conclusões: A “técnica yo-yo” é exequível, barata e segura, permitindo mobilizar a lesão durante a DES e expondo a submucosa. Com a implementação desta nova técnica, as suas indicações podem ser expandidas para outros órgãos do tracto gastrointestinal.

7. POLIMORFISMOS EM GENES DA VIA DA PROSTAGLANDINA E2 (PGE2) COMO MARCADORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CANCRO COLORECTAL

C. Pereira, H. Sousa, J. Silva, P. Pimentel-Nunes, C. Brandão, L. Moreira-Dias, R. Medeiros, M. Dinis-Ribeiro

Instituto Português de Oncologia, Porto, EPE.

Introdução: A estratégia principal na prevenção de cancro colorectal (CCR) centra-se no rastreio precoce de tumores. Contudo, o CCR continua a ser uma das neoplasias com maior incidência na Europa Ocidental com um risco cumulativo de 4%. Este facto motiva a procura de biomarcadores que permitam uma otimização do rastreio pela identificação de grupos em maior risco para desenvolverem esta neoplasia. Níveis aumentados de prostaglandina E2 (PGE2) encontram-se associados a diversas etapas do desenvolvimento tumoral, desempenhando as proteínas 15-PGDH, MRP4 e PGT papéis centrais na sua regulação. Assim, temos como hipótese que polimorfismos nos genes HPGD (15-PGDH), ABCC4 (MRP4) e SLC02A1 (PGT) poderão influenciar a carcinogénese e deste modo, modular não só o risco como o tempo para o diagnóstico de CCR.

Métodos: Foi desenhado um estudo caso-controlo de base hospitalar que reuniu 348 indivíduos: 109 doentes diagnosticados com CCR e 239 indivíduos sem evidência clínica de cancro. Cinquenta e cinco tagSNPs foram selecionados da base do Projeto Internacional HapMap (população CEU) recorrendo ao programa tagger (frequência alélica > 15%, $r^2 > 0,8$) e analisados utilizando a tecnologia Sequenom iPLEX (plataforma MALDI-TOF).

Resultados: Indivíduos homozigóticos AA para o polimorfismo rs1751059 no gene ABCC4 apresentaram não só um risco aumentado (AAvsTT: OR = 2,59; IC95%: 1,23-5,38), como o diagnóstico de CCR foi antecipado em 4 anos (62 vs 66 anos para TT, p = 0,049). O genótipo AA do polimorfismo rs2127195 parece ter o papel antagónico ao conferir proteção (AAvsGG: OR = 0,47; IC95%: 0,22-0,98). Relativamente ao gene SLC02A1, foi de notar que os indivíduos heterozigóticos para o SNP rs4331673 apresentaram um risco 2x superior para desenvolverem CCR que se acentuou em mulheres (CAvsCC: OR = 3,15; IC95%: 1,42-7,00).

Conclusões: Polimorfismos nos genes ABCC4/SLC02A1 parecem modular não só a suscetibilidade como o tempo para o desenvolvimento de CCR, permitindo a identificação de indivíduos com risco aumentado que poderão beneficiar de estratégias de prevenção individualizadas.

8. PÓLIPO HIPERPLÁSICO? OLHE COM ATENÇÃO. O IMPACTO DA NOVA CLASSIFICAÇÃO PARA OS PÓLIPOS SERREADOS

C. Fidalgo¹, L. Santos², I. Rosa^{1,3}, R. Fonseca², P. Lage^{1,3}, I. Claro^{1,3}, P. Chaves², A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica;

³Clinica de Risco Familiar, IPOLFG, EPE.

Introdução e objectivo: A OMS reviu a classificação dos pólipos serreados em 2010. Incluiu uma nova entidade, o adenoma serreado séssil (ASS), com duas variantes: com e sem displasia citológica. O potencial de malignização desta lesão foi reconhecido e relacionado com a via serreada de carcinogénese colorectal. De acordo com esta nova classificação, cujo impacto ainda não foi avaliado, muitas

lesões podem ser reclassificadas. Propusemo-nos analisar a proporção de reclassificação das lesões e as variáveis associadas à mesma.

Métodos: Nos doentes com pelo menos um ASS diagnosticado num período de 5 anos (Jan2006-Dez2010), foram revistos, à luz da nova classificação, todos os pólipos ressecados. Dados recolhidos: variáveis dos doentes, nomeadamente risco familiar de cancro colorectal (RFCCR); dimensões, tipo histológico e localização dos pólipos. Estatística: SPSS 19 (Chi-Quadrado, Exact Test).

Resultados: Em 40 doentes consecutivos (13 mulheres, média de idades no diagnóstico do 1º ASS-59 anos) foram revistos 247 pólipos: 42% hiperplásicos (PH), 29% adenomas tubulares/tubulo-vilosos/vilosos, 24% ASS, 5% adenomas serreados tradicionais (AST). Em doentes com RFCCR foram ressecados 22% e, nos com síndrome de Polipose Serreada, 19% dos pólipos. Reclassificados 59 pólipos: 43 PH, 8 AST, 7 ASS e 1 adenoma tubular. A probabilidade de reclassificação foi maior para os PH comparados com os outros subtipos ($p = 0,00$). 43/104 (41%) PH foram reclassificados como ASS (2 deles com displasia). Nestes pólipos, a probabilidade de reclassificação foi independente da localização ($p = 0,21$) e da presença de síndrome de Polipose Serreada ($p = 0,54$), mas maior naqueles > 5 mm ($p = 0,03$).

Conclusões: De acordo com a nova classificação da OMS para os pólipos serreados, uma proporção considerável de PH foi reclassificada. A via serreada na carcinogénese colorectal está provavelmente subestimada e alguns doentes em risco não são vigiados de forma adequada.

sem instabilidade de microsátélites (pMMR) e adenocarcinomas esporádicos, com instabilidade de microsátélites (dMMR). Avaliámos também a expressão de NF- κ B, I κ B, p-AKT e AKT. Extractos proteicos totais foram obtidos de fracções Trizol-clorofórmio, armazenadas a -80°C , durante 2 anos, resultantes de um estudo prévio de avaliação de expressão global de miRNAs (Oberg et al, 2009). Os nossos resultados demonstram que a ERK5 e a MEK5 se encontram sobre-expressas em adenomas ($p < 0,01$) e em adenocarcinomas pMMR e dMMR ($p < 0,05$), sugerindo que a sobre-expressão e, possivelmente, a sobre-activação da ERK5 no CCR pode ser relevante para a sua progressão. Os nossos resultados indicaram, também, que o NF- κ B se encontra sobre-expresso e sobre-activado em adenomas e adenocarcinomas pMMR e dMMR, em comparação com a mucosa normal ($p < 0,05$). Por sua vez, a activação de AKT (p-AKT/AKT) está significativamente aumentada apenas em adenomas ($p < 0,05$). Em conclusão, os nossos resultados demonstram que a sinalização via MEK5/ERK5 pode constituir um novo alvo terapêutico no CCR, podendo ser relevante na transição de adenoma para carcinoma.

Financiado por PTDC/SAU-GMG/099162/2008 and PEst-OE/SAU/UI4013/2011, and fellowships SFRH/BD/79356/2011 (A.E.S.S.) and SFRH/BD/60521/2009 (D.M.S.F.), from FCT, Portugal.

2. REMISSÃO COMPLETA NA COLITE ULCEROSA: SERÁ A ENDOSCOPIA SUFICIENTE?

A. Nunes, I. Rosa, R. Ilgenfritz, A. Vieira, J.P. Silva, P. Fidalgo, R. Fonseca, P. Chaves, P. Borralho, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta, Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Introdução e objectivo: A remissão clínica e a cicatrização endoscópica da mucosa são objectivos importantes no tratamento da Colite Ulcerosa (CU). No entanto, os doentes em remissão podem apresentar diferentes padrões histológicos (Truelove, 1956; Riley, 1991), sendo a actividade inflamatória microscópica um factor de risco independente para o desenvolvimento de neoplasia (Gupta, 2007). Com este trabalho pretendeu-se avaliar as alterações histológicas na CU quiescente com mucosa endoscopicamente cicatrizada para: definir padrões de cicatrização histológica e relacionar os padrões com os dados clínicos.

Métodos: Estudaram-se biópsias rectais de doentes com CU inactiva (ausência de dor abdominal e hematoquezias e ≤ 2 dejectos diários, nos 6 meses prévios), sem actividade endoscópica. Excluíram-se os indivíduos sob terapêutica tópica. Registaram-se as variáveis clínicas: sexo, idade, duração e extensão da doença, e terapêutica. As biópsias foram avaliadas por quatro anatomopatologistas independentes, atribuindo-se pontuação histológica aos parâmetros de cronicidade (distorção arquitectural, atrofia, metaplasia de Paneth, inflamação crónica e infiltrado eosinofílico) e de inflamação activa (depleção de muco, inflamação aguda e erosões). Utilizaram-se como controlo biópsias de indivíduos com mucosa normal e sem doença colorectal.

Resultados: Foram avaliados 46 doentes com idade média de $54,6 \pm 13,1$ anos. A avaliação histológica mostrou diferenças entre os doentes e o grupo de controlo ($p < 0,001$). A maioria dos doentes (91%), apesar da remissão clínica e endoscópica, apresentava alterações histológicas nos parâmetros de cronicidade e de inflamação activa. Apenas quatro doentes tiveram um perfil histológico semelhante ao do grupo controlo. Não se encontrou nenhuma correlação entre o perfil histológico e as variáveis clínicas avaliadas.

Conclusões: Em doentes com CU inactiva e endoscopicamente cicatrizada, a mucosa pode ser histologicamente anormal, com sinais de cronicidade e também de inflamação activa, não estando estes achados relacionados com a idade de diagnóstico, duração e extensão da doença ou com a terapêutica realizada.

Tubo Digestivo I

28 Junho 2012, 16:30-18:00, Sala D. Maria

1. EXPRESSÃO AUMENTADA DE ERK5 E MEK5 EM ADENOMAS TUBULOVILOSOS E EM ADENOCARCINOMAS COM E SEM INSTABILIDADE DE MICROSATÉLITES

A.E.S. Simões¹, S.E. Gomes¹, D.M.S. Ferreira¹, R.E. Castro^{1,2}, C.J. Steer³, S.N. Thibodeau⁴, P.M. Borralho^{1,2}, C.M.P. Rodrigues^{1,2}

¹iMed.UL. ²Departamento de Bioquímica e Biologia Humana, Faculdade de Farmácia, UL. ³University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA. ⁴Mayo Clinic, Rochester, MN, USA.

A ERK5 e a sua proteína activadora directa, MEK5, apresentam expressão aumentada no cancro da próstata e da mama, estando associadas à proliferação, metastização, resistência à terapêutica e pior prognóstico. No cancro colo-rectal (CCR), a expressão destas proteínas não é conhecida. No entanto, demonstrámos anteriormente que a sobre-expressão de miR-143 em CCR, reduz a viabilidade celular e sensibiliza para o 5-fluorouracilo (5-FU), reduzindo a expressão de NF- κ B e ERK5. Mais ainda, o silenciamento de ERK5 aumenta significativamente a apoptose e a sensibilidade ao 5-FU, realçando a potencial relevância da ERK5 no CCR e na resistência à terapêutica. No presente estudo, avaliámos por imunoblotting a expressão de ERK5 e MEK5 em χ asi 260 amostras de CCR, incluindo mucosa colónica normal, adenomas tubulovilosos, adenocarcinomas

3. A TERAPÊUTICA COM OCTREÓTIDO LAR É EFICAZ NA PREVENÇÃO DE HEMORRAGIA POR ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINAIS (ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO)

P. Salgueiro, R. Marcos-Pinto, R. Magalhães, M.J. Magalhães, J. Ferreira, P. Lago, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: As angiodisplasias gastrointestinais (AD) são a causa mais frequente de hemorragia gastrointestinal obscura. As opções farmacológicas, como o octreótido LAR, ainda não têm um papel muito definido e destinam-se a doentes não candidatos a terapêutica endoscópica por apresentarem lesões difusas (50% dos casos) que impossibilitam terapêutica endoscópica ou comorbilidades que inviabilizam procedimentos invasivos.

Objectivo: 1) Avaliar eficácia terapêutica comparando (antes e após a terapêutica): necessidades transfusionais (unidades de concentrado eritrocitário (UCE)/mês) e número de internamentos; 2) Verificar que características (localização das AD; tratamento endoscópico; comorbilidades; hipocoagulação; dose utilizada) influenciaram a resposta à terapêutica; 3) Avaliar a segurança da terapêutica (registo de efeitos adversos).

Métodos: Efetuado estudo de coorte retrospectivo de doentes com AD tratados com octreótido LAR.

Resultados: Incluídos 15 doentes: idade média 66,4 anos; tempos médios follow-up em meses (antes e após a terapêutica): 14,5 e 12,9; duração média da terapêutica (meses): 11,9; doses utilizadas: 10 mg/mês (7 doentes), 20 mg/mês (8 doentes). 1) Eficácia (antes/após terapêutica): diminuição da necessidade transfusional 1,79 vs 0,71 ($p = 0,01$); diminuição do número de internamentos 2,87 vs 1,00 ($p = 0,00$). 2) De todas as características estudadas, apenas a valvulopatia cardíaca (VC) mostrou influenciar positivamente a resposta à terapêutica (diferença média de necessidade transfusional doentes com VC vs restante população: -2,09 vs -0,57, $p = 0,04$). 3) Efeitos adversos: enfarte esplénico (1 doente); litíase vesicular (1 doente). Estes efeitos colaterais ocorreram com dosagem de 20 mg/mês.

Conclusões: Esta é a maior série reportada de doentes com AD tratados com octreótido LAR e, apesar dos vieses inerentes a um estudo de coorte retrospectivo unicêntrico, mostrou ser uma terapêutica eficaz, embora com ocorrência de efeitos colaterais. Os doentes com VC são aqueles que mais parecem beneficiar com esta terapêutica.

4. ESTUDO COMPARATIVO DA COLOCAÇÃO TEMPORÁRIA DE 3 TIPOS DE PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS NO TRATAMENTO DE ESTENOSES ESOFÁGICAS BENIGNAS REFRACTÁRIAS

J. Canena, M. Liberato, R. Rio-Tinto, P. Pinto-Marques, C. Romão, A. Coutinho, B. Neves

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente (CHLN).

Centro de Gastreenterologia, Hospital Cuf Infante Santo.

Serviço de Gastreenterologia, Hospital dos Capuchos. Serviço de Gastreenterologia, Hospital Garcia de Orta.

Introdução e objectivo: As estenoses esofágicas benignas refractárias (EEBR) tem sido tratadas através da colocação temporária de diferentes próteses auto-expansíveis (PAE) com resultados muito variáveis. Este estudo comparou a eficácia clínica no tratamento de EEBR utilizando 3 tipos diferentes de PAE: próteses plásticas (PPAE), próteses biodegradáveis (PBD) e próteses metálicas totalmente cobertas (PMAETC).

Métodos: Estudo prospectivo de 3 grupos de 30 doentes consecutivos com EEBR, que foram submetidos à colocação temporária de PPAE (durante 12 semanas, $n = 10$), PBD ($n = 10$) ou

PMAETC (durante 12 semanas, $n = 10$). Foram avaliados o sucesso técnico e a eficácia clínica a longo prazo tendo em conta os episódios de disfagia recorrente, complicações, reintervenções e factores associados ao sucesso clínico.

Resultados: o sucesso técnico foi obtido em todos os doentes. A migração de próteses ocorreu em 11 doentes: 6 (60%) no grupo PPAE, 2 (20%) no grupo PBD e 3 (30%) no grupo PMAETC ($p = 0,16$). No total 8/30 doentes (26,6%) estavam sem disfagia no final do seguimento a longo prazo: 1 (10%) no grupo PPAE, 3 (30%) no grupo PBD e 4 (40%) no grupo ($p = 0,27$). Foram necessárias mais reintervenções no grupo PPAE ($n = 24$) do que no grupo PBD ($n = 13$) ou no grupo PMAETC ($n = 13$) ($p = 0,24$). A análise multivariada (modelo de Cox) mostrou que o comprimento da estenose foi o único factor significativamente associado com a recidiva da disfagia após a retirada das próteses ($HR = 1,37$; 95% CI = 1,08-1,75; $p = 0,011$).

Conclusões: Em doentes com EEBR, a colocação temporária de uma PBD ou de uma PMAETC pode levar à resolução da disfagia a longo prazo em 30% e 40% dos doentes respectivamente. O uso de PPAE parece ser menos eficaz já que estas estão associadas a migrações frequentes, mais reintervenções e a uma menor taxa de sucesso. Estenoses longas estão associadas a uma taxa mais elevada de recidiva de disfagia.

5. LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA NA EXCLUSÃO DE DOENÇA METASTÁTICA EM INDIVÍDUOS COM CARCINOMA GÁSTRICO ELEGÍVEIS PARA QUIMIOTERAPIA PERIOPERATÓRIA

M. Serrano^{1,2}, A.C. Lagos¹, B. Pereira¹, J. Dinis-Silva¹, S. Mão de Ferro^{1,2}, S. Ferreira^{1,2}, R. Casaca², M. Coutinho², A. Luís², P. Pereira², L. Mirones², P. Chaves², J. Freire², A. Bettencourt², A. Dias Pereira^{1,2}

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Consulta Multidisciplinar de Tumores do Esófago e Estômago, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Introdução e objectivo: A laparoscopia diagnóstica (LD) tem capacidade para identificar doença disseminada no carcinoma gástrico (CG) localmente avançado sem essa evidência prévia. Pretende-se avaliar a importância da LD na exclusão de doença metastática no CG localmente avançado, potencialmente elegível para quimioterapia perioperatória (QPO).

Métodos: Total de 248 doentes com CG avaliados em Consulta Multidisciplinar. A LD foi proposta aos doentes estadiados como T > 2 e/ou N+ e M0, candidatos a QPO. Critérios exclusão: idade > 80 anos, sintomatologia obstrutiva/hemorragia digestiva, comorbilidade ou contra-indicação para laparoscopia. 84 doentes (57 H, 27 M; idade média 60,9 ± 12,7 anos) realizaram LD com biópsias das lesões visíveis e lavado peritoneal para citologia. Assumiu-se doença M1 se confirmação histológica e/ou citológica. Avaliadas características clínicas, estadiamento pré e pós LD, mudança de terapêutica e factores preditivos de M1 na LD. Estatística: χ^2 , t-Student (Stata 10).

Resultados: Detectadas lesões suspeitas na LD em 27/84 (22-carcinomatose peritoneal, 2-metástases hepáticas, 3-carcinomatose+metástases hepáticas); confirmação histológica em 17/27 (12/22 carcinomatose peritoneal, 5/5 metástases hepáticas). Um caso de citologia positiva com LD sem lesões. Houve mudança de estágio e terapêutica em 18/84 (21,4%) doentes. Os 66 doentes M0 após laparoscopia foram submetidos a QPO e cirurgia (R0 em 51/66-77,3%). A taxa de cirurgia R0 nos doentes com lesões suspeitas sem confirmação histológica foi semelhante à dos restantes. A idade, género, tipo histológico, localização do tumor, cT e cN não foram preditivos de doença M1 na LD. A LD apresentou sensibilidade, especificidade e acuidade diagnóstica para detecção de doença M1 de 72%, 100% e 91,7%.

Conclusões: A LD permitiu modificar a terapêutica, ao re-estadiar como M1, 21,4% dos doentes. Apenas devem ser considerados como M1 os doentes com confirmação histológica. Não se encontraram factores clínicos preditivos de envolvimento peritoneal/hepático na LD. A LD mostrou-se indispensável ao correcto estadiamento da doença.

6. GENÓTIPO DO *HELICOBACTER PYLORI* E SEVERIDADE DA GASTRITE - RESULTADOS PRELIMINARES

J.M. Romãozinho^{1,2}, N. Almeida¹, M.M. Donato², C. Luxo³, O. Cardoso³, M.A. Cipriano⁴, C. Marinho⁴, R. Figueiredo², C. Sofia^{1,2}

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, CHUC. ³Centro de Gastrenterologia, Faculdade de Medicina; ⁴Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra.

Introdução: As manifestações clínico-patológicas da infeção pelo *Helicobacter pylori* (Hp) dependem da severidade da inflamação produzida, a qual por, sua vez, tem sido associada a fatores de virulência relacionados com o genótipo da bactéria.

Objectivo: Investigar a correlação do genótipo do Hp com a severidade dos achados histopatológicos na mucosa gástrica.

Métodos: Estudo prospetivo, englobando 87 doentes (sexo feminino - 62; média de idades - 43,2 ± 14,5 anos) com teste respiratório da ureia C¹³ positivo, propostos para erradicação por dispepsia e/ou anemia ferripriva. Todos os doentes foram submetidos a EDA com colheita de biópsias múltiplas do antro e corpo para estudo histológico e genotipagem do Hp. Os achados histopatológicos foram classificados por dois patologistas, independentemente, segundo o sistema de Sydney revisto em Houston (grau de atrofia, infiltrado inflamatório crónico, atividade neutrofílica, metaplasia intestinal, displasia epitelial e densidade de colonização pelo Hp). Os genes *cagA*, *vacA*, *cagE*, *IceA* e *babA* foram determinados por técnicas de PCR. O estudo estatístico foi realizado com SPSS v17.0.

Resultados: Identificou-se positividade para os seguintes genes: *cagA* 1/2-13,8%; *cagA* 3/4-28,7%; *vacA* s1a-40,2%; *vacA* s1b-32,2%; *vacA* s1c-55,2%; *vacA* s2-85,1%; *vacA* m1-27,6%; *vacA* m2-86,1%; *cagE*-72,4%; *iceA* 1-44,8%; *iceA* 2-66,7%; *babA* 2-9,2%. Verificaram-se as seguintes correlações positivas significativas: gene *cagA* 3/4 com o grau de infiltrado inflamatório crónico no corpo e antro; genes *cagA* 1/2, *cagA* 3/4 e *vacA* s1a com o grau de atividade no corpo; genes *cagA* 1/2, *cagA* 3/4 e *vacA* s1b com o grau de atividade no antro; genes *vacA* s1b e *babA* 2 com a densidade de colonização pelo Hp no antro.

Conclusões: Os resultados obtidos sugerem que os distintos genótipos do Hp estão associados a diferentes manifestações histopatológicas. Os genes *cagA* e *VacA*, em particular, parecem ser os que condicionam formas mais severas de gastrite.

7. INFLUÊNCIA DA TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB OU AZATIOPRINA NA EFICÁCIA DA VACINAÇÃO PARA A HEPATITE B EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

J. Santos-Antunes, S. Rodrigues, S. Lopes, F. Magro, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de S. João.

Introdução: A imunização para a Hepatite B em doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) é de extrema importância, devido à terapêutica imunossupressora a que estes doentes poderão vir a ser submetidos.

Objectivo: Determinar a eficácia da vacina para a Hepatite B, medida pela produção de anticorpos anti-HBs, em doentes com DII submetidos a terapêutica imunomoduladora.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com DII sob tratamento biológico, vacinados para a Hepatite B. A idade, sexo, terapêutica

durante a vacinação e níveis de anticorpos anti-HBs antes e após vacinação foram analisados. Foram definidos níveis protetores de anticorpos anti-HBs acima de 10 UI/L.

Resultados: Identificaram-se 67 doentes com DII vacinados para a Hepatite B, 51 (76%) com Doença de Crohn e os restantes com Colite Ulcerosa, sendo 37 doentes (55%) do sexo masculino. A média de idades foi de 34 anos (19-65). Cinquenta e seis (84%) destes doentes foram vacinados antes do início de terapêutica com infliximab. Nenhum doente vacinado após o início de terapêutica com infliximab ($n = 11$) desenvolveu níveis protetores de anticorpos, estando ou não expostos à azatioprina; por outro lado, 86% dos doentes vacinados antes da terapêutica biológica atingiram níveis protetores ($p < 0,000001$). A média dos níveis de anticorpos anti-HBs após vacinação em doentes sem e com terapêutica com infliximab foi respectivamente de 1,02 e 428 U/L ($p < 0,0001$). Dos 56 doentes vacinados antes da terapêutica biológica, doze (21%) estavam sob terapêutica imunomoduladora com azatioprina: apenas 66% destes desenvolveram anticorpos, em comparação com os 91% dos doentes sem terapêutica biológica ou imunomoduladora à data da vacinação ($p = 0,033$).

Conclusões: A vacinação para a Hepatite B em doentes com DII deve ser efectuada previamente ao início de terapêutica imunomoduladora ou biológica, pois estes fármacos comprometem significativamente a eficácia da vacina.

8. REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS DE ANÁLISE DE CUSTOS SOBRE RASTREIO OU VIGILÂNCIA DE LESÕES PRÉ-MALIGNAS DO CARCINOMA GÁSTRICO

M. Areia^{1,2}, R. Carvalho¹, A.T. Cadime¹, F. Rocha Gonçalves², M. Dinis-Ribeiro²

¹Instituto Português de Oncologia, Coimbra. ²CINTESIS (Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde), Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: As conclusões obtidas nos estudos de análises de custos são muito dependentes dos modelos, assunções e variáveis utilizados e devem ser sempre baseados em revisões sistemáticas da literatura.

Objectivo: Efetuar uma revisão sistemática de estudos de análise de custos sobre lesões pré-malignas do carcinoma gástrico.

Métodos: Realizada uma pesquisa bibliográfica sensível em várias bases de dados, avaliada independentemente por dois autores. Os artigos selecionados foram avaliados quanto ao tipo de estudo, perspectiva adotada, modelo de intervenção, variáveis clínicas ou de custo usadas e a qualidade foi avaliada de acordo com recomendações publicadas.

Resultados: Dos 2673 artigos avaliados foram selecionados 23 dos quais 19 de rastreio populacional e 4 de seguimento de lesões pré-malignas. A abordagem mais habitual foi a análise de custo-eficácia pela perspectiva dos Serviços de Saúde. Os estudos populacionais com rastreio do *H. pylori* concluíram que a serologia é custo-efetiva e os estudos com rastreio por imagem (endoscópico ou imagiológico) concluíram que a endoscopia é mais custo-eficaz do que a ausência de rastreio. Os estudos de seguimento de lesões pré-malignas reportaram resultados conflitantes. A avaliação da qualidade dos artigos revelou uma falha unânime na revisão sistemática da literatura e um número mediano de itens presentes de 23 (20-26) em 35 possíveis.

Conclusões: A evidência disponível mostra que os rastreios populacionais são custo-eficazes, por serologia para *H. pylori* ou endoscópico, dependendo da taxa de incidência do carcinoma gástrico e do custo da endoscopia (Nível 2a, Grau B). A erradicação do *H. pylori* após ressecção endoscópica também é custo-eficaz com base em apenas um estudo (Nível 2b, Grau C), enquanto a vigilância endoscópica de lesões gástricas pré-malignas apresenta resultados

conflituantes (Nível 2a, Grau B). Devem ser ambicionados uma melhor execução das recomendações publicadas e a realização de revisões sistemáticas da literatura, aquando da realização deste tipo de estudos.

Ciência Básica

29 junho 2012, 09:30-11:00, Sala D. Maria

1. REGULAÇÃO DE CURTO E LONGO PRAZO DO TROCADOR NA+/H+ INTESTINAL PELO TLR4

J.M. Cabral, P. Soares-da-Silva, F. Magro

Departamento de Farmacologia e Terapêutica CIM-FMUP; Universidade do Porto.

Introdução: Os receptores Toll-like (TLR4) são expressos na membrana celular e são activados pelos lipopolisacáridos das bactérias (LPS). O trocador Na⁺/H⁺ regula a absorção de sódio e controla o pH das células.

Objectivo: Avaliar o efeito da activação do TLR4 pelo monofosforil lipídeo A (MPLA) na actividade do trocador Na⁺/H⁺ em células do epitélio intestinal T84.

Métodos: A actividade do trocador NHE foi efectuada por métodos fluorimétricos e a expressão proteica foi determinada por western blot. As experiências para verificar a influência do trocador NHE1/2 foram realizadas na presença de S3226 (100 nM).

Resultados: A activação de curto prazo (0,5h) do TLR4 levou a uma inibição significativa da actividade do NHE1/NHE2 de forma dependente da concentração (0,01-50 µg/ml; de 97 ± 2 to 83 ± 3% de controlo). A activação de longo prazo (18h) produziu uma inibição da actividade do trocador NHE1/2 nas concentrações mais elevadas (1 a 100 µg/ml) e do NHE3 a concentrações mais baixas (0,01 a 0,3 µg/ml). Um aumento de TLR4 expresso (21% de controlo) foi registado aquando do tratamento com MPLA 10 µg/ml. A inibição da proteína cinase A (com 10 µM H89), fosfolipase C (com 3 µM U73,122) e da proteína cinase C (PKC) (com 100 nM PDBu por 18 h) reverteram a inibição do NHE1/NHE2 induzida pelo MPLA. A inibição do NHE3 induzido pelo MPLA 0,3 µg/ml foi revertida com a inibição apenas da proteína cinase A. Foi, ainda, constatado um aumento da expressão da proteína AC3 (adenylyl cyclase 3) após 18h de tratamento com MPLA 10 µg/ml (22 ± 7% de controlo).

Conclusões: A activação do TLR4 induz inibição da actividade do NHE1/NHE2 e do NHE3. A activação de curto e longo prazo do TLR4 serve-se de vias de sinalização diferentes.

2. MODULAÇÃO DA MICROBIOTA INTESTINAL NA INFECÇÃO POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP)

J. Machado¹, T. Lopes², T. Pereira³, I. Gato¹, A. Santos², M. Oleastro¹, P. Chaves³, A.S. Guerreiro²

¹Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa. ²CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

³Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil, Lisboa.

Introdução: O ecossistema intestinal é complexo. A microbiota intestinal é um dos seus principais componentes e interage

permanentemente com os nutrientes e com as células do hospedeiro. Esta interacção desempenha um papel decisivo na resposta inflamatória.

Objectivo: Avaliar o efeito da modulação da microbiota intestinal por um nutracéutico (Symbiotic2000®) na inflamação da mucosa gástrica induzida pela infecção por Hp.

Métodos: 25 ratinhos C57BL/6 foram divididos em três grupos: Controlo (GC)n = 5, Infectados (GI)n = 10 e Symbiotic2000® (GS)n = 10. Os GI e GS foram infectados com suspensão de Hp (SS1) durante 3 dias. O GC recebeu PBS. Para verificar a efectividade da infecção foi efectuado in vivo o "Ureia Breath Test" (UBT) e pós mortem imunohistoquímica. Os ratinhos foram tratados por via intragástrica 3 × semana: PBS (GC e GI) e Symbiotic2000® (GS). Cinco ratinhos de cada grupo foram sacrificados às 6 e 18 semanas. A composição da microbiota intestinal (fezes) foi avaliada por FISH, tendo como alvo 14 grupos filogenéticos bacterianos (GFB). A análise histológica de amostras gástricas foi efectuada por coloração de hematoxilina-eosina (HE) para avaliar a resposta inflamatória.

Resultados: Verificou-se 100% de positividade para Hp por UBT e por imunohistoquímica. Microbiota intestinal: No GI detectaram-se alterações significativas na composição da microbiota em comparação como o GC. No GI houve alterações em 12/14 GFB (87,7%) na 6ª semana e de 6/14 (42,9%) às 18 semanas. No GS houve alterações em 7/14 dos GFB (50%) às 6 semanas e apenas 4/14 (29,6%) às 18 semanas. Análise histológica: No GI quer às 6 quer às 18 semanas, 2/5 ratinhos (40%) apresentaram inflamação da mucosa; no grupo GS não se verificou inflamação nos mesmos tempos de necropsia.

Conclusões: Estes resultados sugerem que a modulação da microbiota intestinal pelo Symbiotic2000® pode influenciar a resposta à inflamação da mucosa gástrica na infecção por Hp.

3. ASSOCIAÇÃO DE ALTERAÇÕES GENÉTICAS NO GENE TCF7L2 NO CANCRO COLORECTAL À PROGRESSÃO TUMORAL E À METASTIZAÇÃO

C. Albuquerque¹, N. Gonçalves¹, B. Filipe¹, A. Florido¹, Z. Nunes^{1,2}, R. Fonseca², P. Silva¹, T. Pereira², P. Lage^{3,4,3}, I. Claro⁴, P. Rodrigues⁴, C. Nobre Leitão³, R. Smits³, R. Fodde⁶, P. Chaves², P. Fidalgo³, A. Dias Pereira³

¹Centro de Investigação de Patobiologia Molecular (CIPM). ²Serviço de Anatomia Patológica. ³Serviço de Gastroenterologia. ⁴Clinica de Risco Familiar, Instituto Português de Oncologia, Centro Regional de Lisboa, EPE, Lisboa. ⁵Departamento de Gastroenterologia e Hepatologia. ⁶Departamento de Patologia, Erasmus University Medical Center (EUMC), Josephine Nefkens Institute (JNI), Roterdão.

Introdução: A maioria dos cancros colorectais (CCR) apresenta mutações em genes que codificam para proteínas da via de sinalização APC/β-catenina/TCF7L2. Esta regula os níveis intracelulares de β-catenina e a sua activação conduz à formação tumoral. Recentemente, a acumulação de β-catenina no núcleo das células tumorais, em determinados contextos celulares, foi associada a um mau prognóstico e à metastização. No entanto, pouco se sabe em relação ao papel de mutações em genes específicos desta via, na agressividade do tumor e na capacidade de metastização, o que será relevante para a definição de factores de prognóstico.

Objectivo: Estudar a contribuição de alterações genéticas específicas em genes da via APC/β-catenina/TCF7L2 para o prognóstico do CCR.

Métodos: Sessenta e dois CCR com instabilidade de microssatélites (MSI) (40 de doentes com síndrome de Lynch e 22 de doentes com CCR esporádico) foram analisados para mutações específicas nos

genes CTNNB1 (β -catenina), AXIN2 e TCF7L2, características dos tumores com IMS. Cinquenta e quatro CCR sem IMS (microssatélites estáveis -MSS) foram analisados para a perda de heterozigotia (LOH) do gene TCF7L2. Foi ainda analisada a expressão da proteína p21, marcador de diferenciação e medidor indirecto da activação da via APC/ β -catenina/TCF7L2. As alterações genéticas foram correlacionadas com as características clínicas dos doentes e com as características histopatológicas dos tumores. Análise estatística: Stata 8.0.

Resultados: As mutações no CTNNB1, AXIN2 e TCF7L2 foram detectadas em 29%, 10% e 58% dos CCR com IMS, respectivamente. Nos dois primeiros não se registou correlação com as características clínicas ou histopatológicas. No entanto, as mutações no TCF7L2 correlacionaram-se com uma expressão intermédia de p21 ($p = 0,005$). A LOH do TCF7L2 foi detectada em 22% dos CCR MSS encontrando-se significativamente associada ao estadio de Dukes D ($p = 0,003$) e ao estadio N2 ($p = 0,04$) e estadio M1 ($p = 0,003$) do estadiamento TNM. Estudos preliminares revelaram a detecção desta alteração num pequeno número de adenomas de risco. Ensaio de inibição da expressão deste gene em linhas celulares revelaram um aumento da migração, o que suporta a associação à presença de metástases à distância.

Conclusões: As mutações e a LOH do TCF7L2 parecem contribuir para a progressão dos CCR. A LOH deste gene encontra-se significativamente associada à presença de metástases síncronas, o que torna esta alteração genética num potencial factor de prognóstico no CCR, com implicações para a prática clínica.

4. CURCUMINA E INFECÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI. UMA NOVA OPÇÃO TERAPÊUTICA?

A.M. Santos, T. Lopes, M. Oleastro, I. Vale de Gato, P. Chaves, T. Pereira, E. Seixas J., Machado, A. Guerreiro

Hospital de Sta. Marta/CHLC/CEDOC-FCMUNL. INSA. IPO. IGC.

A infecção por *Helicobacter pylori* provoca uma resposta inflamatória crónica na mucosa gástrica. O presente estudo teve como objectivo avaliar a acção anti-inflamatória de um nutracéutico (curcumina) in vivo, utilizando-se o modelo do ratinho da infecção por *H. pylori*. Dezoito ratinhos C57BL/6 foram inoculados com a estirpe SS1 de *H. pylori* durante 3 dias consecutivos. Os ratinhos foram depois tratados três vezes por semana, através de uma cânula oro-gástrica, com PBS ou curcumina (10 mg/rato). Às 6 semanas, 3 ratinhos não infectados e metade dos ratinhos infectados foram sacrificados e amostras do estômago foram recolhidas para histologia e análise por PCR array. Os restantes ratinhos foram sacrificados às 18 semanas. Todos os ratinhos inoculados previamente com *H. pylori* foram testados pelo teste respiratório com 13C adaptado, confirmando a infecção às 6 e às 18 semanas. Foi medida a expressão das quimiocinas CCL2, CCL5, CCL20, CCL25, CXCL1 e CXCL11 nos ratinhos inoculados com *H. pylori* e tratados com PBS e estava significativamente aumentada às 6 e 18 semanas (entre 4.3 e 1192 em relação ao ratinho não infectado). De um modo semelhante a expressão das citocinas pro-inflamatórias IL-1 β , IL6, IL9, IL10, IL23, TNF α e INF γ encontrava-se significativamente aumentada às 6 e 18 semanas (entre 1.138 e 8.251 vezes o normal) neste grupo de ratinhos. No grupo de ratinhos tratados com curcumina a expressão de quimiocinas e citocinas pro-inflamatórias às 6 e 18 semanas encontrava-se significativamente reduzida. Nos ratinhos inoculados e tratados com PBS o grau de inflamação sub-mucosa foi significativamente superior aos dos ratinhos infectados e tratados com curcumina. A infecção por *H. pylori* induz uma resposta inflamatória exuberante. O tratamento com curcumina tem um significativo efeito anti-inflamatório na mucosa gástrica infectada por *H. pylori*. e pode

constituir uma opção terapêutica através da suplementação da dieta com este nutracéutico.

5. A VIA SERREADA APRESENTA ALTERAÇÕES MOLECULARES DISTINTAS NO SISTEMA DE REPARAÇÃO DO DNA DEPENDENDO DO CONTEXTO CLÍNICO

P. Silva, C. Albuquerque, P. Lage, B. Filipe, R. Fonseca, P. Rodrigues, S. Ferreira, I. Claro, C. Nobre Leitão, P. Chaves, A. Dias Pereira

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

Introdução: A via serreada de carcinogénese ocorre na polipose serreada e num subgrupo de tumores esporádicos com instabilidade de microssatélites (IMS), apresentando como lesões precursoras pólipos serreados (PS), em oposição aos adenomas tradicionais (AT) associados à sequência adenoma-carcinoma. Uma das principais características moleculares dos PS é a metilação do *MLH1*, e consequente deficiência no sistema de reparação de erros no DNA do tipo mismatch (MMR), conduzindo à IMS. No entanto, ainda não é conhecido o seu envolvimento na polipose serreada com história familiar de pólipos e/ou cancro colorectal (PS-HFP/CCR).

Objectivo: Estudar a deficiência no sistema MMR em PS e em AT de doentes com PS-HFP/CCR e avaliar se a deficiência no sistema MMR, fora deste contexto clínico, se encontra associada a algum destes tipos de lesões. Métodos: Foram analisados 52 PS e AT de 12 doentes com PS-HFP/CCR para a presença de IMS e hipermetilação dos genes MMR. Foi ainda analisada a IMS em 89 carcinomas de 89 doentes com critérios de Bethesda (CB), assim como a frequência de PS e AT. Análise estatística: Stata 8.0.

Resultados: Nos doentes com PS-HFP/CCR, a frequência de metilação dos genes MMR e de IMS foi semelhante entre PS e AT [7/32 (22%) e 11/30 (37%) vs 3/14 (21%) e 6/11 (54%), respectivamente]. Estas alterações foram detectadas mais frequentemente nos doentes com PS-HFP/CCR que apresentavam predomínio de lesões (> 70%) no cólon proximal ou distribuídas por todo o cólon, em relação ao predomínio no cólon distal [10/29 (34%) vs 0/17, $p = 0,049$; 15/26 (58%) vs 2/15 (13%), $p = 0,005$, respectivamente]. O gene *MSH6* foi o mais frequentemente hipermetilado [8/29 (28%)], não tendo sido detectada hipermetilação no *MLH1*. Nos carcinomas dos doentes com CB a IMS foi detectada em 31/89 (35%) dos casos. A frequência de > 1 PS ou > 1 AT foi de 19% e 52%, respectivamente. Não se verificou associação entre a IMS e o aumento de PS ou AT.

Conclusões: A deficiência no sistema de reparação MMR é significativamente mais frequente na PS-HFP/CCR proximal/todo o cólon, independentemente do tipo de lesões, e encontra-se associada principalmente ao gene *MSH6*. Em doentes com CB, a deficiência no sistema MMR, não está associada a um aumento de lesões características da via serreada.

6. ENSAIOS TERAPÊUTICOS (QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA METABÓLICA) NA LINHA TUMORAL PANCREÁTICA MIA PACA-2

R. Gradiz^{1,4}, A.M. Abrantes^{2,4}, A.C. Mamede^{2,3,4}, M.F. Botelho^{2,4}, A. Mota-Pinto^{1,4}

¹Serviço de Patologia Geral; ²Unidade de Biofísica; ⁴CIMAGO, FMUC. ³Centro de Investigação em Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Introdução e objectivo: O tumor pancreático resiste à cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A linha celular MIA PaCa-2 é uma linha de adenocarcinoma pancreático ductal com receptores de somatostatina-2 e com uma mutação G > T no codão 12 do k-ras.

Pretendemos avaliar a resposta da linha celular a análogos da somatostatina radiomarcados usados no diagnóstico ([^{99m}Tc]-TOC (HYNIC-(D-Phe1, Tyr3-Octreotid) e na terapêutica ([¹⁷⁷Lu]-DOTA-TATE) de lesões patológicas com receptores da somatostatina, e a agentes citostáticos habitualmente utilizados na terapêutica do tumor pancreático, como o 5-FU e o everolimus.

Métodos: As curvas de captação dos radiofármacos foram obtidas após incubação de 2×10^6 células/ml com actividades crescentes de [^{99m}Tc]-TOC e [¹⁷⁷Lu]-DOTA-TATE. Foram obtidas amostras em duplicado do pellet e do sobrenadante e a actividade foi medida num contador de poço aos 5, 30, 60, 90 e 120 minutos. A percentagem de captação foi calculada pela razão entre o pellet e o sobrenadante. O IC50 dos citostáticos foi determinado pela técnica de MTT.

Resultados: A captação do [^{99m}Tc]-TOC pelas células da linha celular MIA PaCa-2 aumentou ao longo do tempo e com o aumento de actividade. A curva obtida com o ^{99m}TcO₄ (controlo) revela uma captação inferior à do [^{99m}Tc]-TOC. A captação do [¹⁷⁷Lu]-DOTA-TATE manteve-se estável ao longo do tempo, não variando com o aumento da actividade, e atingindo 0,42% aos 30 min (25 µCi). Não foi possível calcular o IC50 do 5-FU às 24 e 48h, mas às 72h e às 96 horas o IC50 é 49,83 µM ($r^2 = 0,93$) e 8,32 µM ($r^2 = 0,93$), respectivamente. O IC50 do everolimus é 24h = 27,88 µM ($r^2 = 0,92$); 48h = 20,09 µM ($r^2 = 0,94$); às 72h = 26,71 µM ($r^2 = 0,91$); 96h = 23,80 µM ($r^2 = 0,90$).

Conclusões: As células MIA PaCa-2 captam os análogos de somatostatina radiomarcados. A captação do [^{99m}Tc]-TOC é proporcional ao tempo e à actividade. O [¹⁷⁷Lu]-DOTA-TATE tem uma baixa captação. O 5-FU e o everolimus inibem a proliferação das células MIA PaCa-2.

7. MUTAÇÕES DE RESISTÊNCIA AOS INIBIDORES DE PROTEASE DO VÍRUS DA HEPATITE C EM PACIENTES CRONICAMENTE INFECTADOS DE SÃO PAULO, BRASIL

P.A. Vasconcelos-Medeiros de Souza¹, M.G. Pessoa², R.S. Alves¹, A.T.L. Queiroz³, E.F. da Silva², D. Mazo², F.J. Carrilho², I.M.V.G. de Carvalho-Mello¹

¹Imunologia Viral, Instituto Butantan, São Paulo, Brazil.

²Departamento de Gastrenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. ³Instituto de Biociências, USP, São Paulo, Brazil.

Seguindo o caminho de outras infecções virais, foi desenvolvido para o HCV o tratamento com drogas que atuam em alvos específicos das proteínas virais chamadas DAAs (Direct Acting Agents). A protease viral (NS3) do vírus foi o primeiro alvo a ser explorado com bons resultados e duas drogas já estão aprovadas pelo FDA, o Telaprevir e o Boceprevir. Porém, durante análises in vitro e testes clínicos foram descritas diversas mutações com diferentes graus de resistência para cada droga. Também foram encontradas mutações de resistência cruzada e em posições de importantes epítomos de reconhecimento celular. O objetivo deste trabalho foi caracterizar a presença destas mutações em sequências de pacientes brasileiros, cronicamente infectados e ainda não submetidos ao tratamento com DAAs. Amostras de 225 pacientes, provenientes do Hospital das Clínicas da FMUSP, foram amplificadas por Nested PCR com primers específicos para a região NS3. Após o sequenciamento, foram utilizados softwares de Bioinformática para alinhar, editar e realizar busca por mutações de resistência descritas na literatura. Dos 225 pacientes 54 pertencem ao genótipo 1a, 117 do genótipo 1b e 54 do genótipo 3a. A mutação V36L aparece em 100% dos pacientes portadores de genótipo 3a, em um paciente do genótipo 1a e em um paciente do genótipo 1b. O genótipo 1b do vírus ainda apresentou uma mutação T54S e duas sequências com mutação D168E enquanto

dois pacientes portadores genótipo 1a ainda apresentaram mutações nas posições T54S e R155K, uma em cada um. Nenhuma sequência apresentou duas mutações de resistência concomitantes. A presença da mutação R155K, considerada uma mutação de alta resistência precisa ser melhor caracterizada na população Brasileira e os polimorfismos naturais do genótipo 3 precisam ser melhor analisados já que a resistência deste genótipo às drogas não pode ser explicada apenas pela presença da mutação V36L considerada de baixa resistência.

Suporte Financeiro: FAPESP.

8. CARACTERIZAÇÃO FENOTÍPICA E GENOTÍPICA DA LINHA TUMORAL PANCREÁTICA MIA PACA-2

R. Gradiz^{1,6}, L. Carvalho^{2,6}, H. Silva^{3,6}, A. Alarcão², L. Mesquita³, R.J. Nobre⁴, M.F. Botelho^{5,6}, A. Mota-Pinto^{1,6}

¹Serviço de Patologia Geral; ²Serviço de Anatomia Patológica;

³Serviço de Genética Médica; ⁵Unidade de Biofísica; ⁶CIMAGO, FMUC. ⁴Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra.

Introdução e objectivo: O carcinoma pancreático constitui a quarta causa de morte a nível mundial, é resistente à cirurgia, quimioterapia e radioterapia, com sobrevivência inferior a 5% aos cinco anos. A linha celular MIA PaCa-2 de adenocarcinoma pancreático ductal (tipo histológico que representa cerca de 90% dos carcinomas pancreáticos) foi utilizada como modelo in vitro para estudos de carcinogénese, procedendo-se a caracterização fenotípica e genotípica prévia. Nos estudos de fenotipagem pesquisámos a existência de marcadores epiteliais (CK-19), mesenquimatosos (MNF-116), endócrinos (cromogranina A, CD-56, sinaptofisina) e do SSTR2 (os receptores da somatostatina 2 e da NT1constituem alvos moleculares na radioterapia metabólica do cancro pancreático). Nos estudos de genotipagem estudámos os genes k-ras, p16, p53 e a instabilidade de microssatélites.

Métodos: Os estudos fenotípicos foram efetuados por imunohistoquímica, usando anticorpos para epítomos CK-19, MNF-116, vimentina, cromogranina, CD56 e sinaptofisina. Os receptores SSTR2 e NT1 foram identificados por Western Blotting. Os estudos genotípicos foram efetuados por PCR (exões 1, 2 e 3 do p16), PCR e sequenciação (codões 12, 13 e 61 do k-ras; exões 4, 5, 6, 7 e 8 do p53) e por PCR e eletroforese capilar (instabilidade de microssatélites do BAT25, BAT26, NR21, NR22 e NR24).

Resultados: Foi observada positividade para CK-19, MNF-116, vimentina, cromogranina A e para os receptores SSTR2 e NT1. Foi encontrada uma mutação G > T no codão 12 do k-ras e uma dupla deleção nos exões 2 e 3 do p16.

Conclusões: As células MIA PaCa-2 são células epitélio-mesenquimatosas (EMT) do pâncreas com diferenciação neuroendócrina, agressivas (deleção do p16), com uma mutação (k-ras) que confere resistência à quimioterapia, e com receptores que tornam viável a aplicação de radioterapia metabólica.

Casos Clínicos I

29 junho 2012, 11:30-13:00, Sala Infante

1. NOVA ABORDAGEM TERAPÊUTICA EM DOENTE COM ACALASIA REFRACTÁRIA AO TRATAMENTO MÉDICO E INSTRUMENTAL CONVENCIONAL.

F. Vilas-Boas, F. Baldaque Silva, R. Ramalho, M. Afonso, M. Marques, E. Duarte, A. Gouveia, J. Preto, T. Fernandes, G. Macedo

Serviços de Gastreenterologia, Anestesia, Cirurgia Geral, Radiologia. Hospital São João, Porto. Serviço de Gastreenterologia, Hospital São Sebastião, Sta Maria da Feira.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 66 anos, com diagnóstico clínico, manométrico e radiológico de acalasia refractária ao tratamento endoscópico, foi orientado para a nossa consulta, por apresentar sintomatologia debilitante, com diminuição da qualidade de vida e score de Eckardt de 7. Devido à não resposta à terapêutica médica e instrumental, foi convidado a integrar estudo piloto de tratamento da acalasia por miotomia endoscópica peroral (MEP), que permite de uma forma inovadora e eficaz, a miotomia do esfago e cardia por via endoscópica. Os autores descrevem a avaliação pré intervenção, o procedimento de MEP e avaliação pós MEP. É apresentada detalhada informação e iconografia endoscópica, manométrica, e radiológica. A MEP decorreu na unidade de endoscopia sob anestesia geral e ventilação assistida. Foi criado tunel submucoso de 17 cm e realizada miotomia de 12 cm, não ocorrendo hemorragia, perfuração ou outras intercorrências durante ou após o procedimento, como confirmado por estudo analítico e radiológico. Durante o internamento o doente manteve-se apirético e sem alterações laboratoriais para além de subida temporária da PCR. O doente teve alta ao 6º dia, com melhoria franca da sintomatologia (diminuição do score de Eckardt para 3). Estudos radiológicos e manométricos posteriores confirmaram o sucesso desta técnica no nosso doente, traduzida por melhoria sintomática e da qualidade de vida ao longo do follow-up.

Discussão: Através da descrição deste caso clínico comprova-se a eficácia e segurança da MEP quando realizada em meio apropriado, mesmo em doentes com acalasia refractária a tratamento instrumental. A MEP tem ganho cada vez mais destaque em relação às terapêuticas convencionais da acalasia, e devido ao seu perfil de segurança e eficácia, deverá ser equacionada no tratamento destes doentes.

2. TRATAMENTO DA SÍNDROME HEPATOPULMONAR - DO TRANSPLANTE HEPÁTICO AOS IMUNOSSUPRESSORES

H. Moreira da Silva, G. Reis, M. Guedes, E. Cleto, J.R. Vizcaino, A. Gennery, E. Santos Silva

Centro Hospitalar do Porto. NewCastle General Hospital.

Introdução: A síndrome linfoproliferativa autoimune (ALPS) é uma doença multissistémica, rara, causada por um defeito hereditário na via apoptótica Fas, caracterizada por uma acumulação linfóide crónica, não maligna, e manifestações autoimunes. A infiltração pulmonar, hepática, e intestinal está descrita nos casos de expressão multissistémica grave; até ao momento não há nenhuma descrição de síndrome hepatopulmonar (SHP).

Caso clínico: Adolescente de 16 anos, com diagnóstico clínico de ALPS aos 4 anos (adenomegalias, esplenomegalia, trombocitopenia).

Estável até aos 13 anos, altura em que surge com dispneia, cianose central, telangiectasias na face, eritema palmar, hipocratismos digitais, circulação venosa colateral abdominal, e esplenomegalia gigante. A SpO_2 em ar ambiente era de 87%. A ecografia abdominal com Doppler hepático, a endoscopia digestiva alta e a biópsia hepática confirmaram a presença de doença hepática crónica com sinais de hipertensão portal. Efectuou provas funcionais respiratórias, prova de difusão com CO, ecocardiograma com contraste, cintilograma pulmonar e TAC pulmonar de alta resolução que foram sugestivos de shunt vascular intrapulmonar, aparentemente sem evidência de doença infiltrativa. Efectuou oxigénio (máximo 7 L/min), prednisolona 30 mg/dia (com redução progressiva) e sirolimus 1 mg/dia. Observou-se uma regressão significativa de todas as manifestações do ALPS, excepto da sintomatologia pulmonar, pelo que foi proposto para transplante hepático, após avaliação em Centros de Referência em Inglaterra. Na perspectiva da realização do transplante hepático foi alterada a imunossupressão (substituído o sirolimus por MMF). Após esta alteração verificou-se uma regressão espectacular da sintomatologia pulmonar com redução progressiva das necessidades de oxigénio. O shunt evidenciado no cintilograma passou de 45% para 0% em alguns meses, e assim se mantém desde há 18 meses, tendo sido suspensa a indicação de transplante. **Discussão:** A regressão inesperada e espectacular da SHP pode dever-se à inibição da produção de óxido nítrico (um dos mediadores mais importantes na sua etiopatogenia), efeito produzido pelo MMF.

3. SERÁ A ANGIOGÉNESE DESREGULADA A FORÇA MOTRIZ NA FORMAÇÃO DAS ANGIECTASIAS GASTRO-INTESTINAIS RELACIONADAS COM A ESTENOSE AÓRTICA?

A. Lagos, P. Fidalgo, F. Caiado, S. Dias, S. Mão-de-Ferro, A. Laranjeiro, L. Patrício, A. Dias Pereira

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

Caso clínico: A Síndrome de Heyde é constituída pela associação de estenose aórtica (EA) e angiectasias do tubo digestivo com anemia ferropénica ou hemorragia digestiva explícita. Os autores descrevem um caso de um doente de 56 anos, com EA moderada. Durante 5 anos, apresentou episódios de hemorragia digestiva por angiectasias do delgado, condicionando anemia ferropénica grave até 6 g/dL de hemoglobina (Hb). Doseou-se o factor de von Willebrand (FvW) e seus multímeros, que não apresentaram alterações. Foi equacionada a substituição valvular, porém a EA não tinha critério hemodinâmico e clínico para se realizar. Outros tratamentos foram usados, como argon plasma coagulação e octreótido. O doente necessitou, no total, 103 unidades de concentrado eritrocitário e administrações de ferro. Perante o agravamento do quadro, avançou-se para a cirurgia valvular. Após 6 meses não se registaram novas perdas (Hb estável de 14 g/dL).

Discussão: Quando associadas a EA, as angiectasias do tubo digestivo são consideradas doenças coincidentes no mesmo doente, muito embora se demonstre que a hemorragia se associa muitas vezes à presença de um défice adquirido do FvW. O défice de FvW é induzido forças elevadas de cisalhamento, presentes na EA, que promovem a destruição dos seus multímeros, favorecendo a hemorragia. Este elemento estava ausente neste caso. Nem o défice de FvW, nem a teoria degenerativa explicam contudo a recorrência das angiectasias que impedem o sucesso sustentado da hemostase endoscópica. Os autores propõem que a angiogénese desregulada como factor adicional accionado no contexto da hipoperfusão esplâncnica presente na EA. Este aumentaria assim os factores pró-angiogénicos (switch angiogénico), principalmente do vascular endothelial growth factor (VEGF) e levaria à formação contínua de angiectasias com hemorragia. O nosso doente apresentava um valor muito elevado de VEGF, que normalizou após reparação valvular, com resolução do quadro clínico.

4. PANCREATITE AGUDA GRAVE- ABORDAGEM ENDOSCÓPICA

C. Cardoso, R. Palma, A. Valente, E. Barjas, M. Cravo, P. Alexandrino, J. Velosa

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

Homem de 56 anos, obeso, com múltiplas comorbidades, internado por pancreatite aguda litíásica grave, com necessidade de suporte de órgão, salientando-se uma ventilação mecânica prolongada. Submetido a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, no segundo dia de admissão, com remoção de litíase. A primeira TC abdominopélvica, ao oitavo dia de internamento, revelou necrose pancreática superior a 50% e vários exsudados peripancreáticos. Por febre e aumento dos parâmetros inflamatórios, repetiu, na segunda e quarta semanas, TC abdominopélvica, a primeira com punção da necrose pancreática, sem isolamento de agente, tendo-se documentado no segundo exame colecção abcedada com 9 x 6 cm, inicialmente submetida a drenagem percutânea, com isolamento de *Klebsiella pneumoniae*. Face à ausência de melhoria, dado os múltiplos episódios de obstrução do catéter percutâneo, foi decidida uma abordagem endoscópica da lesão, a qual consistiu na realização de drenagem ecoguiada transgástrica com colocação de três próteses plásticas. Na reavaliação endoscópica aos três meses, visualizou-se franca diminuição da dimensão da loca, tendo-se procedido à substituição de duas próteses. Actualmente, cinco meses após o procedimento inicial, o doente encontra-se assintomático. A drenagem endoscópica de colecções pancreáticas tem vindo a ser realizada de forma crescente, com uma elevada percentagem de sucesso e uma menor taxa de complicações associadas comparativamente às opções cirúrgica e percutânea. A sua aplicabilidade tem sido descrita sobretudo na abordagem de pseudoquistos. Contudo, a sua utilização na drenagem de abcessos tem sido reportada com taxas de eficácia similares.

5. ESPASMO ESOFÁGICO DIFUSO COM CONTRACÇÕES ESOFÁGICAS RETRÓGRADAS

M. Velosa^{1,2}, W. Rohof², A.J. Smout²

¹*Serviço de Gastreenterologia, Hospital Central do Funchal.*

²*Gastroenterology Department, Amsterdam Medical Center.*

Doente do género masculino, de 67 anos de idade, com história de espasmo esofágico difuso desde há 6 anos, com regurgitação nocturna, tosse, astenia e anorexia. Nos últimos dois anos, de forma a diminuir a regurgitação teve necessidade de retirar alguns alimentos da dieta e de dormir com 2 almofadas. Cerca de um mês antes de observado no nosso hospital, tinha sido internado noutra instituição com pneumonia de provável etiologia aspirativa. Como outros antecedentes tinha história de AVC sem aparentes consequências motoras ou sensitivas, várias cirurgias ortopédicas por artropatias, prostatite crónica e bronquite crónica. Tinha hábitos tabágicos desde há 51 anos (cerca de 50 cigarros/dia), que suspendeu desde o internamento. Encontrava-se medicado com pantoprazol 40 mg/dia, bisoprolol 2,5 mg/dia, amitriptilina 25 mg 2id, hidróxido de magnésio 20 mg/mL-15 mL 3id, persantin retard 200 mg/dia, fluticasona+salmeterol (25/250 mcg) 2id; zolpidem 10 mg/dia e sinvastatina 40 mg. Fez manometria esofágica estacionária que mostrou 30% contracções simultâneas, 60% contracções falhadas e 10% contracções não transmitidas com esfíncter esofágico inferior (EEI) hipotensivo (5 mmHg). Fez esofagograma que mostrou aspecto em conta de rosário no esôfago inferior. Fez impedância de 24h com manometria 24h com evidência de refluxo ácido patológico (7,6%/24h), com probabilidade de associação de sintomas inferior a 95% para sintomas típicos de refluxo. No estudo manométrico

identificaram-se episódios de espasmo com amplitude distal de 472 mmHg e ondas retrógradas, geralmente seguidas de refluxo gasoso observado em impedância. Complementou estudo com manometria de alta resolução, onde se observaram ondas retrógradas e presença de espasmo. Foi efectuado estudo com EndoFLIP que revelou alteração da distensibilidade com diâmetro médio de 11.4 mm durante distensão máxima (50 mL). Fez tratamento com injeção de toxina botulínica no EEI e noutros níveis espásticos detectados durante endoscopia digestiva alta (total 70UI), com melhoria clínica na primeira semana após o tratamento. Este caso representa o primeiro caso descrito de visualização de ondas retrógradas em manometria esofágica convencional e de alta resolução em doente com espasmo esofágico difuso. Provavelmente este factor contribui para a gravidade dos sintomas e a melhoria após o tratamento com toxina botulínica.

6. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA, AMILOIDOSE PRIMÁRIA (AL) E MIELOMA MÚLTIPLO: UMA SEQUÊNCIA DIAGNÓSTICA INTERESSANTE

M.J. Pereira, J. Carvalheiro, A. Fernandes, Z. Romão, S. Mendes, R. Mesquita

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HG.

Introdução: A amiloidose primária (AL) é uma gamapatia monoclonal de envolvimento sistémico rara (incidência de 4/100.000). O envolvimento do tracto gastrointestinal manifesta-se com sinais e sintomas variados e inespecíficos.

Caso clínico: Os AA apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 76 anos de idade, com um quadro de hematoquezias abundantes e vômitos, com um dia de evolução. Sem alterações ao exame objectivo. Antecedentes de dorsalgias, adenomas do cólon, HTA e DRGE. Medicado cronicamente com lansoprazol, valsartan e hidroclorotiazida. Analiticamente, hemoglobina normal (16 g/dL), leucocitose (20.100/uL) e elevação da ureia (11,7 mg/dL). Realizada colonoscopia que revelou sangue e coágulos no lúmen em todo o trajecto, áreas de mucosa congestiva e friável, com sufusões subepiteliais de coloração arroxeadas pericentimétricas a nível do ângulo hepático, transverso e sigmóide, onde foram realizadas biopsias. A endoscopia digestiva alta mostrou, similarmente, a presença de sufusões subepiteliais arroxeadas no antro. O estudo histológico identificou depósitos de amiloide na mucosa do cólon e gástrica. O doente apresentou evolução clínica favorável, com remissão espontânea da hemorragia digestiva baixa, sem necessidades transfusionais de glóbulos vermelhos. Com o intuito de identificar uma etiologia subjacente à amiloidose realizou estudo complementar, destacando-se o medulograma que foi compatível com o diagnóstico de Mieloma Múltiplo, confirmado posteriormente pela imunofenotipagem medular. Iniciou quimioterapia com melfalan e prednisolona.

Discussão: A amiloidose primária (AL) pode afetar qualquer parte do tubo digestivo e apresentar-se de forma distinta consoante a sua localização, podendo mimetizar clínica e endoscopicamente outras doenças do foro digestivo, sendo o diagnóstico estabelecido pelo exame histológico. Salienta-se a relevância deste caso pela sua raridade e pela iconografia endoscópica e histológica recolhida.

7. ASCITE: UM CASO DE DESAFIO DIAGNÓSTICO

C. Vieira, M. Machado, C. Correia, S. Vale, C. Martins, H. Cortez-Pinto, J. Alves do Carmo, J. Velosa

Hospital Santa Maria CHLN.

Caso clínico: Mulher, 46 anos, com hipotireoidismo, hipertensão arterial, fenómeno de Raynaud e trombocitose foi admitida na

enfermaria de Gastrenterologia por ascite refractária. Apresentava: adenopatias generalizadas, hiperpigmentação cutânea e hemangiomas, hepatoesplenomegália, edemas periféricos, ascite volumosa e indolor, com necessidade de repetidas paracenteses. Analiticamente com Hb-10,3 g/dL, plaquetas-350.000/uL, creatinina-1,4 mg/dL, Na-120 mEq/L, provas hepáticas normais, gradiente sero-ascítico-1,5 g/dL. A EDA tinha gastropatia de hipertensão portal ligeira, sem varizes. Ecodoppler abdominal sem aspectos de cirrose hepática ou malformações vasculares. O ecocardiograma revelou derrame pericárdico. O estudo direcionou-se para a hipertensão portal não cirrótica. A biópsia hepática transjugular sugeriu hiperplasia nodular regenerativa, com gradiente venoso portal-8,5 mmHg e hipertensão pulmonar ligeira. A biópsia ganglionar cervical identificou doença de Castleman (DC). A imunofixação revelou: protein M (λ), com biópsia óssea negativa para mieloma, JAK2 e T (9;22). Tinha difusão pulmonar de CO diminuída. Colocou-se a hipótese de Síndrome de POEMS (Polineuropathy, Organomegaly, Endocrinopathy, M protein, Skin abnormalities), um distúrbio plasmoproliferativo com hiperprodução de VEGF. Confirmou-se ser um caso de POEMS com a presença de polineuropatia desmielinizante sensitivo-motora e papiledema bilateral. Tinha VEGF elevado, critérios major (polineuropatia, proteína M) e minor (endocrinopatia, DC, hemangioma, organomegália, sobrecarga de volume). A inexistência de hipergamaglobulinemia e queixas neurológicas iniciais dificultaram o diagnóstico. Iniciou quimioterapia com bortezomib, com melhoria clínica (redução de ascite) e redução de VEGF, porém, com mau prognóstico associado à sobrecarga de volume. Foi submetida a transplante de medula autóloga, com sucesso e regressão da ascite e linfadenopatias. Discussão: Este caso demonstra a importância do estudo exaustivo da etiologia de ascite, que pode ser uma de múltiplas manifestações de uma doença sistêmica, levando ao seu diagnóstico e tratamento correctos. Dada a raridade e dificuldade diagnóstica, estando o caso documentado de forma completa, é importante a sua apresentação para conhecimento de uma síndrome ainda com prevalência desconhecida.

Tubo Digestivo II

29 junho 2012, 14:30-16:00, Sala D. Maria

1. ANTICORPOS ANTI-GLICANOS NA DOENÇA DE CROHN

C. Graca Rodrigues, A.M. Oliveira, L. Ricardo, S. Folgado Alberto, L. Santos A., Martins, M.J. Sousa, G. Sousa, J. Ramos Deus

Serviços de Gastrenterologia e de Patologia Clínica, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Os marcadores serológicos são instrumentos não-invasivos que podem ser úteis no diagnóstico da Doença Inflamatória Intestinal. Na Doença de Crohn (DC), os anticorpos anti-

Saccharomyces cerevisiae (ASCA) são os mais extensamente investigados, mas estudos recentes reportam a identificação de 3 novos anticorpos anti-glicanos com um possível valor diagnóstico [anti-chitobioside (ACCA), anti-laminaribioside (ALCA) and anti-mannobioside (AMCA)].

Objectivo: Determinar a acuidade diagnóstica dos ASCA e dos novos anticorpos anti-glicanos na DC.

Métodos: Amostras séricas de 141 doentes com DC e de 96 controlos (dadores de sangue) foram testadas para a presença de ASCA IgG, ACCA IgA, ALCA IgG and AMCA IgG pelo método ELISA (IBDX[®] panel, Glycominds, Israel).

Resultados: Positividade para pelo menos um dos anticorpos testados foi encontrada em 54,6% dos doentes com DC. Os ASCA apresentaram a melhor acuidade no diagnóstico de DC, com uma sensibilidade de 39,0%, uma especificidade de 99,0% e um valor preditivo positivo (VPP) de 98,2%. Os ACCA, ALCA e AMCA também apresentaram uma elevada especificidade diagnóstica (> 90%) mas uma sensibilidade mais baixa, de 20,6%, 14,2% e 12,8%, respectivamente. No subgrupo de doentes com DC ASCA-negativos (n = 82), pelo menos um destes anticorpos estava presente em 25,6% dos casos.

Conclusões: Os anticorpos anti-glicanos apresentam uma elevada especificidade e um elevado VPP no diagnóstico de DC. A sensibilidade é no entanto relativamente baixa, rondando os 40% no caso dos ASCA. ACCA, ALCA ou AMCA estão presentes em cerca de 1/4 dos doentes ASCA-negativos. Embora não possam ser utilizados em alternativa aos métodos convencionais no diagnóstico de DC, os anticorpos anti-glicanos podem ser úteis nos casos de incerteza diagnóstica, especialmente se utilizados em combinação.

2. HIPERHOMOCISTEINEMIA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: PREVALÊNCIA E FACTORES DE RISCO

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

Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães.

Introdução: A conhecida associação entre a hiperhomocisteinemia (HHC) e a ocorrência de trombose arterial ou venosa torna-a um interessante candidato a potencial factor patogénico na Doença Inflamatória Intestinal (DII).

Objectivo: Avaliar a prevalência e factores de risco para o aparecimento de HHC nos doentes com DII.

Métodos: Estudo prospectivo unicêntrico incluindo 42 doentes com Doença de Crohn (DC) e 18 doentes com Colite Ulcerosa (CU) consecutivamente observados em regime de Hospital de Dia ou internamento. Foram estudados parâmetros clínicos e laboratoriais e a sua relação com a HHC usando o teste exacto de Fisher. Considerou-se o nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: Oito doentes (13,3%) tinham HHC (7 doentes com DC e 1 doente com CU), verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a HHC e o défice de ácido fólico ($p = 0,009$), bem como com os hábitos tabágicos ($p = 0,008$). Cinco doentes tinham história prévia de trombose arterial ou venosa, dos quais apenas um apresentava HHC. Não se verificou associação estatisticamente significativa entre a presença de HHC e a ocorrência de eventos tromboembólicos ($p = 0,524$), bem como outros parâmetros avaliados tais como a terapêutica com mesalazina ($p = 0,264$), azatioprina ($p = 0,457$) ou biológicos ($p = 1,000$), a etiologia da DII ($p = 0,415$), os níveis séricos de vitamina B12 ($p = 1,000$), cirurgia de ressecção ileal prévia ($p = 0,353$), duração da doença ($p = 0,122$), idade ($p = 0,276$) e sexo ($p = 0,699$).

Conclusões: A HHC é, na nossa série, uma entidade existente nos doentes com DII e está relacionada com o défice de ácido fólico e a existência de hábitos tabágicos, não se relacionando contudo com um aumento significativo do risco tromboembólico.

3. AUSÊNCIA DE CORRELAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES ESTIRPES DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE E A GRAVIDADE DA DOENÇA CAUSADA POR ESTA BACTÉRIA

C. Cardoso¹, M.I. Cremers¹, D. Trábulo¹, J. Duarte², M. Oleastro³, A. Santos³, J.C. Rodrigues³, A.P. Oliveira¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de Setúbal. ³Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Introdução: Nos últimos anos tem-se verificado uma incidência crescente da diarreia associada a *Clostridium difficile* (DACD). A caracterização molecular das várias estirpes tem permitido o reconhecimento de determinados ribotipos da bactéria associados a uma maior virulência.

Objectivo: Isolamento e caracterização molecular das estirpes de *Clostridium difficile* responsáveis por DACD e a sua correlação clínica numa série hospitalar.

Métodos: Análise prospectiva de doentes consecutivos com DACD, incluídos durante um período de 18 meses. Foi realizada a colheita de dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Após exame cultural das fezes, todas as estirpes da bactéria foram caracterizadas geneticamente, por detecção do gene *gluD*, específico da espécie, e dos genes codificantes das toxinas A e B. Posteriormente, as estirpes foram genotipadas, com determinação do ribotipo, por amplificação por PCR da região intergénica RNAr16S-23S e separação por eletroforese em gel por capilaridade.

Resultados: Foram incluídos 20 doentes, 65% do sexo feminino, com uma idade média de 73 anos. A maioria dos doentes adquiriu a infecção em contexto nosocomial e apresentava história de antibióterapia prévia. O diagnóstico de DACD ocorreu, em média, ao 7º dia de internamento. Todas as estirpes foram confirmadas como sendo *Clostridium difficile*, produtoras das toxinas A e/ou B. Foi possível obter um perfil de ribotipo em 17 estirpes, não tendo sido identificada nenhuma dominante. Os ribotipos mais observados foram o R014, o R027 e o R501, cada um detectado em 2 doentes. Foram ainda isolados 3 novos perfis, sem homologia na base de dados. Não houve correlação entre a gravidade da doença e os ribotipos identificados.

Conclusões: Na nossa casuística não se isolou nenhum ribotipo dominante, observando-se dois casos causados pela estirpe hipervirulenta R027. Não se verificou associação entre a gravidade da doença e os ribotipos isolados.

4. USO DO INFLIXIMAB DURANTE A GRAVIDEZ NA DOENÇA DE CROHN: EXPERIÊNCIA COM OS PRIMEIROS 10 CASOS

J. Ramos, G. Ramos, J. Saiote, D. Carvalho, T. Bentes

CHLC, Hospital Santo António dos Capuchos.

Introdução e objectivo: O período de maior prevalência da doença de Crohn [DC] coincide com a fase de maior fertilidade feminina. O tratamento da DC tem como objectivo a indução e manutenção da remissão da doença. É desejável que a concepção e a gravidez ocorram em fase de inactividade da doença. O infliximab [IFX], frequentemente necessário na DC, é considerado de baixo risco na gravidez, mas a sua segurança neste contexto não está completamente estabelecida. Com este trabalho pretende-se estudar os efeitos do IFX sobre a gravidez e o feto.

Material: Análise retrospectiva dos registos clínicos de mulheres com DC tratadas com IFX durante a gravidez.

Resultados: Ocorreram 14 gravidezes em 10 mulheres sob tratamento com IFX. Em 10, as 7 mulheres (3 com duas gravidezes) optaram por continuar a gestação e tratamento com IFX. Nas restantes, 3 interromperam a gravidez, 1 regressou ao país de

origem. O IFX foi interrompido em 3 grávidas no 1º trimestre; nestas ocorreram 2 recidivas da doença com necessidade de internamento (laparotomia em 1). Em todas a última dose de IFX foi administrada entre 22 e 35 semana de gravidez. Não ocorreram eventos adversos fetais. Nasceram 10 crianças (6 cesarianas), 9 de termo e 1 de 35 semanas, com somatometria adequada, sem malformações congénitas e sem complicações. Sete foram amamentadas. As crianças, que possuem agora uma média de idade de 37 meses (6 meses - 5 anos e 3 meses) são saudáveis e tiveram desenvolvimento normal.

Conclusões: O uso do IFX não esteve associado a eventos adversos, para o feto ou para a mãe, em nenhuma das 10 gravidezes em que o tratamento foi mantido durante a gestação. Os benefícios do IFX no controlo da DC materna e no desfecho da gravidez poderão suplantar os riscos ainda não completamente conhecidos para o feto e criança.

5. ECOENDOSCOPIA NO ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO DE NEOPLASIA GÁSTRICA: CORRELAÇÃO COM OS ACHADOS HISTOPATOLÓGICOS

A. Lagos, J. Dinis Silva, B. Pereira, M. Serrano, S. Mão de Ferro, S. Faías, J.P. Silva, S. Ferreira, A. Dias Pereira

Consulta Multidisciplinar de Tumores do Esófago e Estômago, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Introdução: Com a introdução da quimioterapia peri-operatória (MAGIC trial) nos doentes com neoplasia gástrica localmente avançada ($\geq T3$ ou N+), a Ecoendoscopia, pela sua elevada acuidade no estadiamento loco-regional, tornou-se um método fundamental na seleção dos doentes candidatos a quimioterapia peri-operatória.

Objectivo: Avaliação da acuidade diagnóstica da Ecoendoscopia no estadiamento pré-operatório da neoplasia gástrica submetida a cirurgia direta (T1/2N0).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo entre Fevereiro de 2009 e Novembro de 2011, de 33 doentes com neoplasia gástrica, que não apresentavam adenopatias ou metástases (N0M0) por tomografia computadorizada, estadiados como T1/2 N0 pela ecoendoscopia e submetidos a cirurgia (sem terapêutica neoadjuvante). Ecoendoscopias realizados por 2 Ecoendoscopistas experientes, com o Ecoendoscópio Radial Pentax (EG-3670URK). Os resultados T e N por Ecoendoscopia (u) foram comparados com os achados histopatológicos (p).

Resultados: Foram analisados 33 doentes (21H/12M) com idade média de 64,5 anos (38-84). Localização: Cardia/fundo = 1, corpo = 15 (incisura = 11/15), antro = 17. Tumores ulcerados 19/33. Histologia: tipo intestinal (24), células pouco coesas (9). Comparação u/p: uT1 (n = 15) - pT0 = 1, pT1 = 13, pT2 = 1. uT2 (n = 18) - pT1 = 6, pT2 = 7, pT3 = 5 - acuidade de 60,6%. uN: uN0 (n = 33) - pN0 = 25, pN1 = 5, pN2 = 1 - acuidade 81,8%. Verificou-se subestadiamento por ecoendoscopia, com significado clínico (pT > 2 ou N+) em 8/33 doentes - acuidade clínica 75%. A localização tumoral, o tipo histológico e presença de úlcera não influenciou a probabilidade de subestadiamento por ecoendoscopia.

Conclusões: Aecoendoscopia mostrou-se um exame complementar útil para o estadiamento das neoplasias gástricas precoces, permitiu uma correta avaliação em 25/33 doentes, evitando morbilidade desnecessária associada à quimioterapia peri-operatória. Contudo, 8 doentes foram subestadiados e efectuaram uma terapêutica diferente da protocolada pela Instituição. Nas lesões estadiadas como uT2 deverá ser ponderado o risco de subestadiamento e, eventualmente, equacionada a realização de quimioterapia peri-operatória.

6. PODEMOS PRESCINDIR DA ANÁLISE HISTOLÓGICA DE ALGUNS PÓLIPOS DIMINUTOS DO CÓLON? VALIDAÇÃO DE UM ALGORITMO

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

Serviço Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho.

Introdução: A exérese de pólipos cólicos é essencial para a prevenção do cancro colorectal. No entanto a sua avaliação histológica é apenas importante se influenciar a vigilância clínica. Recentemente, Beni et al demonstraram que é possível prescindir da avaliação histológica de alguns pólipos diminutos e sugeriram um algoritmo para esta atitude.

Objectivo: Avaliar e comparar a histologia dos pólipos diminutos (≤ 5 mm) com a de pólipos maiores; validar o algoritmo proposto para a dispensa de pólipos diminutos.

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, dos doentes sujeitos a colonoscopia total após detecção de pólipos > 5 mm e/ou adenomas em programa de rastreio de CCR por colonoscopia esquerda entre Fevereiro 2007 a Abril de 2011. Divididos os pólipos por tamanho: 1) ≤ 5 mm; 2) 6-9 mm 3) ≥ 10 mm de acordo com o relatório da colonoscopia; apenas incluídos os doentes com 1 ou mais pólipos em pelo menos duas das categorias referidas. Consideradas as guidelines da ASGE 2008 para vigilância pós-polpectomia; **Resultados:** amostra de 245 doentes (idade média 65,9 anos $\pm 6,3$, 72,2% sexo masculino); Retirados 917 pólipos (3,7 pólipos/doente). Em apenas 5,4% dos doentes concomitantemente com pólipos diminutos e > 5 mm (n: 222), os primeiros assumem histologia mais avançada. Em doentes concomitantemente com pólipos ≤ 5 mm e ≥ 10 mm, nunca a histologia do pólipo diminutos se assumiu como mais avançada. Aplicando as guidelines apenas em 2,7% de todos casos haveria alteração da vigilância. Em 245 doentes, o algoritmo proposto não se revela adequado em apenas 2,4% dos doentes.

Conclusões: Na amostra os pólipos diminutos têm raramente histologia mais avançada que pólipos de maiores dimensões. O algoritmo proposto aplica-se adequadamente em 97,8% dos doentes. Características estudadas não serão as únicas a ditar a dispensa histológica dos pólipos diminutos mas deverão ser tidas em conta em conjugação com outros métodos.

7. CANCRO GÁSTRICO ABORDÁVEL POR TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA: AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL DAS GUIDELINES JAPONESAS

B. Pereira¹, C. Calle², S. Faias¹, C. Lagos¹, M. Serrano¹, R. Fonseca², P. Chaves², A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa.

Introdução: A utilização de terapêutica endoscópica no cancro gástrico precoce (EGC) (tumores com invasão da mucosa/submucosa) pressupõe a ausência de metastização ganglionar, garantido uma terapêutica curativa. Os critérios terapêuticos actuais baseiam-se exclusivamente em guidelines Japonesas que definem os critérios de ressecabilidade destas lesões: estritos: diferenciado, mucosa, não ulcerado, ≤ 2 cm; alargados: A-diferenciado, mucosa, não ulcerado, qualquer dimensão; B-diferenciado, mucosa, ulcerado, ≤ 3 cm; C-indiferenciado, mucosa, não ulcerado, ≤ 2 cm; D-diferenciado, submucosa (sm1), sem invasão linfovascular, ≤ 3 cm.

Objectivo: Analisar a nossa casuística de EGC operados e correlacionar a presença de metastização ganglionar com os critérios das guidelines Japonesas.

Métodos: Análise retrospectiva de 64 doentes submetidos a gastrectomia com dissecação ganglionar por EGC entre 2001-2010. Foi revista a localização, dimensão, classificação endoscópica e

histológica das lesões, e foram classificadas de acordo com os critérios de ressecabilidade (estritos e alargados) das guidelines Japonesas e confrontadas com a presença de metastização ganglionar. Análise estatística: Stata 8.0.

Resultados: 64 doentes (33F/31M) com idade média = 65 anos (32-96). Tumores com dimensão média = 9 mm (4-40), localizados no cardia/fundo (6), corpo (23) e antro (35), dos quais 34% (22/64) eram lesões envolvendo a mucosa e 66% (42/64) a submucosa. Classificação macroscópica: elevadas (I, IIa)-41%, planas/deprimidas (IIb,IIc,III)-59%. Histologia: adenocarcinoma tubular bem diferenciado (21), moderadamente diferenciado (14), pouco diferenciado (7), células pouco coesas (22). Dezasseis lesões (25%) tinham critérios para terapêutica endoscópica, das quais 7 por critérios estritos e 9 por critérios alargados, com apenas 1 caso de metastização ganglionar (11%) neste último subgrupo (carcinoma bem diferenciado, ulcerado, 2cm com invasão da mucosa).

Conclusões: A nossa casuística confirma a validade dos critérios estritos das guidelines Japonesas no tratamento do EGC. Utilizando os critérios alargados temos 11% de metastização ganglionar, não aceitável considerando a baixa taxa de mortalidade cirúrgica. Salientamos o reduzido número de EGCs diagnosticados no período considerado (média = 5,8/ano) e destes apenas 25% com critérios para terapêutica endoscópica, que confirma ser uma opção eficaz.

8. CONTROVÉRSIA DO USO DE ALBUMINA EM DOENTES CRÍTICOS

S. Giestas¹, A. Ramalho², J.P. Baptista², N. Devesa², P.Martins², A.Simões², A.P. Casanova², J. Pimentel²

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Medicina Intensiva, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: O reconhecimento da hipoalbuminémia como factor independente de mau prognóstico levou ao uso da albumina humana como terapêutica durante mais de 50 anos. Porém estudos do final da década de 90 demonstraram possíveis malefícios no seu uso. A reposição em doentes críticos é hoje controversa. Alguns estudos evidenciam diminuição da morbi-mortalidade se os níveis de albumina obtidos com **Objectivo:** Avaliar os níveis séricos de albumina em doentes críticos tratados com albumina humana.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos (UCI) em que foi administrada albumina humana a 20% por hipoalbuminémia no período compreendido de Janeiro/2009 a Dezembro/2011

Resultados: incluídos 153 doentes. Idade média $66,6 \pm 16,9$ anos; sexo masculino 66%. A causa de admissão foi pós-cirúrgica em 45% (das quais 88% gastrointestinais). Na admissão no hospital 60,7% apresentavam doseamento albumina dentro dos valores de referência. Apenas 4,6% tinham níveis de albumina normal à data do internamento na UCI. Após 3 dias de internamento a diminuição média dos níveis séricos foi de $0,9 \pm 0,39$ g/dl. Em 39% a administração ocorreu em doentes sem hipoalbuminemia grave (> 2 g/dl). Dose média albumina administrada: $169,4 \pm 65,8$ ml. No dia seguinte à reposição: elevação máxima de albumina $1,2$ g/dl; variação média $0,43 \pm 0,32$ g/dl; variação ≤ 0 g/dl em 12,4% da amostra. Em apenas 7,8% da amostra os níveis de albumina foram ≥ 3 g/dl. Três dias após apenas 29,9% da amostra mantinham níveis $\geq$ aos do dia de administração. Não houve diferença significativa nos níveis séricos obtidos relativamente à dose total ou tempo de uso. Taxa de mortalidade: 47%. Tempo médio internamento: $21,3 \pm 17,5$ dias.

Conclusões: Nesta amostra em apenas 7,8% se obteve níveis séricos superiores a 3 g/dl (independentemente da dose administrada). Estes dados realçam a necessidade de se criarem protocolos que limitem o uso não justificados de albumina, reduzindo custos e minimizando efeitos adversos.

Fígado I

29 junho 2012, 14:30-16:00, Sala D. Luís

1. A VIA PRÓ-APOPTÓTICA MIR-34A/SIRT1/P53 NA PATOGÉNESE DO FÍGADO GORDO NÃO ALCÓOLICO

D.M.S. Ferreira¹, P.M. Borralho¹, M.V. Machado^{3,4},
H. Cortez-Pinto^{3,4}, C.M.P. Rodrigues^{1,2}, R.E. Castro^{1,2}

¹iMed.UL. ²Departamento de Bioquímica e Biologia Humana, FFUL.
³Gastroenterologia, Hospital de Santa Maria. ⁴IMM, FMUL.

A patogénese do fígado gordo não-alcoólico (FGNA) permanece desconhecida. Verificou-se, recentemente, que a expressão de alguns microRNAs (miRNAs ou miRs) está alterada no FGNA. Para além disso, demonstrámos que o ácido ursodesoxicólico (UDCA) modula a expressão de miRNAs no fígado de rato. Neste trabalho avaliou-se a via pró-apoptótica miR-34a/Sirtuina-1 (SIRT1)/p53 no fígado de doentes com FGNA, bem como a sua modulação pelo UDCA no fígado de rato e em hepatócitos primários de rato. Biópsias hepáticas de 28 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 = 8). Fígados de rato foram extraídos de animais sujeitos a dieta suplementada com UDCA a 0,4%. Hepatócitos primários de rato foram incubados com UDCA e transfectados com precursores específicos do miR-34a. A expressão dos miRNAs foi analisada por RT-PCR em Tempo Real. A SIRT-1 e a p53 total e acetilada foram analisadas por immunoblotting. A viabilidade celular e a apoptose foram avaliadas por LDH, Hoechst e TUNEL. Os nossos resultados demonstraram que a expressão dos miR-122, -143 e -451 no tecido hepático humano diminuiu da esteatose para a EHNA (p < 0,05). O miR-34a e a apoptose aumentaram (p < 0,01), enquanto que a SIRT1 diminuiu e a p53 acetilada aumentou (p < 0,01) com a gravidade do FGNA. De salientar que o UDCA diminuiu a expressão do miR-34a, tanto no fígado de rato, como em hepatócitos isolados (p < 0,01). Por fim, a modulação do miR-34a pelo UDCA resultou em aumento da SIRT1 (p < 0,05) e diminuição da p53 (p < 0,05). No seu conjunto, estes resultados sugerem uma associação entre severidade do FGNA, apoptose e via miR-34a/SIRT1/p53. Uma melhor compreensão dos mecanismos responsáveis pela patogénese do FGNA poderá proporcionar alvos terapêuticos novos e mais eficazes.

Financiado por FCT através de PTDC/SAU-OSM/102099/2008, PTDC/SAU-OSM/100878/2008, PTDC/SAU-ORG/111930/2009, Pest-OE/SAU/UI4013/2011, SFRH/BPD/65212/2009 (PMB) e SFRH/BD/60521/2009 (DMSF).

2. CARDIOMIOPATIA CIRRÓTICA: É NECESSÁRIO IR ALÉM DA AVALIAÇÃO BASAL?

M. Barbosa¹, J. Guardado², B. Rosa¹, C. Marinho¹, I. Quelhas²,
A. Lourenço², J. Cotter¹

¹Serviço de Gastroenterologia; ²Serviço de Cardiologia. Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução: A cardiomiopatia cirrótica (CMC) constitui uma importante causa de morbilidade e mortalidade no doente com cirrose hepática, sobretudo na cirrose descompensada e após TIPS ou transplante hepático, quando as condições de sobrecarga hemodinâmica revelam uma reserva cardíaca já insuficiente.

Objectivo: Caracterização de uma população de doentes cirróticos com avaliação da resposta ecocardiográfica de sobrecarga,

com o objectivo de identificar os doentes com CMC clinicamente silenciosa.

Métodos: Avaliação de parâmetros clínicos, analíticos, electrocardiográficos e ecocardiográficos em repouso e após sobrecarga farmacológica com dobutamina numa população de doentes cirróticos, sem factores de risco cardiovascular ou doença cardíaca conhecida. Avaliação da função sistólica ventricular esquerda (FVE) através da determinação da fracção de ejeção (FE) em repouso e após perfusão de dobutamina em baixa dose. Definiu-se como reserva contráctil diminuída um incremento na FE < 10%.

Resultados: Incluídos 26 doentes, 22 (85%) homens, com idade média de 55 ± 10 anos, com cirrose maioritariamente de etiologia alcoólica (76,9%), em classe Child-Pugh A (n = 17), B (n = 8) ou C (n = 1). O valor médio do marcador de insuficiência cardíaca pró-BNP foi 110 ± 111 pg/ml. Em 20 (76,9%) doentes, o intervalo QTc encontrava-se prolongado (QTc médio 460 ± 23 msec). Todos os doentes apresentavam parâmetros ecocardiográficos de FVE em repouso dentro da normalidade (volume telediastólico 94 ± 29,6 ml, volume telesistólico 28 ± 9,5 ml, FE 69 ± 8,1%). Nove (34,6%) doentes apresentavam algum grau de disfunção diastólica. Após sobrecarga farmacológica com dobutamina, 10 (38,5%) doentes apresentavam um aumento na fracção de ejeção < 10% relativamente ao valor basal.

Conclusões: Na nossa série, um número significativo de doentes apresentava prolongamento do intervalo QT em repouso e cerca de um terço apresentava disfunção cardíaca diastólica. A ecocardiografia de stress com dobutamina permitiu identificar uma reserva contráctil diminuída em mais de um terço dos casos com FVE sistólica em repouso normal, podendo assumir-se como uma técnica promissora na identificação dos doentes com CMC silenciosa.

3. PROGNÓSTICO DOS DOENTES COM CIRROSE HEPÁTICA ADMITIDOS EM CUIDADOS INTENSIVOS: COMPARAÇÃO DO NOVO SCORE MBRS COM O CHILD-PUGH, MELD E SOFA

I. Marques, A. Valente, E. Barjas, R. Palma, P. Alexandrino,
J. Velosa

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Sta. Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução e objectivo: A avaliação do prognóstico dos doentes com cirrose hepática é habitualmente efectuada com scores gerais (SOFA - Sequential Organ Failure Assessment) ou scores específicos, como o Child-Pugh e o MELD (Model for End Stage Liver Disease). Recentemente, um novo score, o MBRS (que atribui 1 ponto a cada parâmetro: MAP - pressão arterial média, bilirrubina, insuficiência respiratória, sépsis) foi criado com o objectivo de prever a mortalidade em doentes cirróticos admitidos em UCI, tendo em conta outros factores com impacto na sobrevivência. O objectivo deste trabalho consiste em comparar o valor prognóstico do recente score MBRS com o Child-Pugh, o MELD e o SOFA.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes cirróticos admitidos na UCIGEH de Janeiro de 2009 a Dezembro de 2010. Foram analisadas variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais e foram comparados os scores Child-Pugh, MELD, SOFA e MBRS através do método de regressão logística. Na análise estatística foi utilizado o software SPSS 16.0.

Resultados: Foram incluídos 133 doentes, sendo os principais motivos de admissão a hemorragia digestiva (68%, n = 91) e a sépsis (24%, n = 33). Todos os doentes que faleceram tiveram valores mais elevados dos scores Child-Pugh, MELD, SOFA e MBRS (p < 0,05). O MBRS foi o que apresentou melhor poder discriminativo na previsão da mortalidade intra-hospitalar (OR = 10,89; p = 0,01), com diferença estatisticamente significativa para valores > 3 (p = 0,001). O MELD foi o que apresentou maior eficácia na previsão dos

reinternamentos e da mortalidade ao fim de 1 ano (OR = 1,28; p = 0,01). As variáveis que independentemente melhor se relacionaram com o prognóstico foram a insuficiência renal, a pneumonia e a pressão arterial média na admissão < 80 mmHg (p < 0,01).

Conclusões: O MBRS foi superior na previsão da mortalidade hospitalar comparativamente aos scores habitualmente utilizados. O MBRS demonstrou ainda ser fácil de aplicar e reproduzir, podendo ser promissora a sua utilização sistemática nas UCI.

4. RELAÇÃO ENTRE O PADRÃO DE DEPOSIÇÃO DE FERRO HEPÁTICO E GRAU DE FIBROSE HEPÁTICA EM DOENTES COM HEPATITE C CRÔNICA

C. Fernandes, T. Pinto Pais, I. Ribeiro, J. Silva, R. Pinho, J. Fraga

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/ Espinho.

Introdução: a acumulação de ferro hepático em doentes com hepatite C crónica parece relacionar-se com a progressão e gravidade da doença. Recentemente (Brunt Hepatology, 2011) foi demonstrada a relação entre o padrão de deposição de ferro hepático e a gravidade histológica em doentes com fígado gordo não alcoólico. No entanto, em doentes com hepatite C crónica esta relação não está ainda esclarecida.

Objectivo: avaliar a relação entre o padrão de deposição de ferro hepático e o grau de fibrose hepática em doentes com hepatite C crónica.

Métodos: Estudados 229 doentes com hepatite C crónica avaliados por biópsia hepática entre 1994 e 2010. Avaliação histológica com descrição do padrão de deposição de ferro realizada por quatro patologistas independentes. Fibrose hepática classificada de acordo com Ishak. Amostra dividida de acordo com a presença ou não de ferro hepático. Descritos três padrões de deposição de ferro: hepatocelular (HC), sistema reticulo-endotelial (SRE) e padrão misto (HC/SRE). Avaliada relação entre o padrão de deposição de ferro e o grau de fibrose através de análise univariada (Chi-quadrado).

Resultados: Amostra de 229 doentes (19,2% sexo feminino, idade média 43 anos), dos quais 80 (34,9%) apresentavam ferro hepático. O padrão de deposição hepatocelular é o mais frequente (18,3%; 42/229), seguido pelo padrão misto (10,0%, 24/229) e pelo padrão SRE (6,1%, 14/229). A presença de ferro hepático não se relaciona com fibrose avançada. No entanto, doentes agrupados em padrão SRE/misto têm fibrose mais avançada do que os doentes com padrão hepatocelular ou sem ferro hepático [p = 0,02].

Conclusões: 1) Presença de ferro hepático não se relaciona com fibrose mais avançada; 2) Os padrões de deposição de ferro no SRE e misto relacionam-se com graus de fibrose mais avançados.

5. INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES NOSOCOMIAIS E MORTALIDADE ASSOCIADA EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO: CASUÍSTICA DE 1 ANO

D. Trabulo, L. Mota, M. Resende, L. Mourão, E. Barroso

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal. Unidade de Cuidados Intensivos; Centro de Transplante Hepático, Hospital Curry Cabral.

Introdução: Uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nos doentes submetidos a transplante hepático é a infecção. O seu estudo assume, assim, um papel primordial na sua prevenção e tratamento.

Objectivo: Determinar a incidência, tempo de ocorrência e factores de risco de mortalidade associada a infecção nosocomial em doentes submetidos a transplante hepático.

Métodos: Estudo de 104 doentes submetidos a transplante hepático no período de 1 ano, com um período de follow-up de 6 meses após transplante. Foi recolhida informação de todas as infecções adquiridas, relativamente ao tipo, tempo de ocorrência, agente etiológico e antibióterapia. Além disso, foram analisados factores de risco (pré-transplante, cirúrgicos e pós-transplante) de mortalidade associada à infecção.

Resultados: 33,7% dos doentes desenvolveram 1 ou mais infecções, registando-se uma percentagem total de infecção de 47,1% em todos os doentes transplantados. As infecções mais frequentes foram a pneumonia e a colangite. O agente mais frequentemente implicado foi o *S. aureus* (metilicina sensível ou resistente). O período crítico para a ocorrência de infecções foi o primeiro mês. A infecção conduziu à morte em 31,4% dos casos e constituiu a causa mais frequente de morte. Dos factores de risco de mortalidade por infecção, verificou-se existir uma correlação significativa com: níveis elevados de ALT, número de horas de cirurgia, número de dias de internamento e de readmissões na UCI, bem como necessidade de ventilação mecânica.

Conclusões: A taxa de infecção encontrada e taxa de mortalidade associada foram inferiores às encontradas noutras séries. Devem ser tidos em conta factores de risco pré-transplante, cirúrgicos e pós-transplante de mortalidade associada à infecção. O correcto e precoce diagnóstico da infecção, com a identificação dos patógenos envolvidos, bem como os cuidados após o transplante são fundamentais, uma vez que se trata da principal causa de óbito após o transplante.

6. CARACTERIZAÇÃO DE LESÕES HEPÁTICAS FOCAIS COM ULTRASSONOGRAFIA COM CONTRASTE (CEUS) - EXPERIÊNCIA INICIAL NUM SERVIÇO DE GASTRENTEROLOGIA

A. Rebelo, S. Leite, C. Marinho, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução e objectivo: A utilização de agentes de contraste específicos para ultrassonografia (US), em conjugação com a adequada tecnologia, permite uma modalidade de imagem dinâmica com validade diagnóstica nas lesões hepáticas focais (LHF). Pretendemos avaliar a utilidade da CEUS na caracterização das LHF, durante o período de implementação num Serviço de Gastrenterologia.

Métodos: Vinte e quatro doentes com 34 LHF examinados por US modo B, Doppler e CEUS (SonoVue® ev, 2 x 2,4 mL, baixo IM, sonda convexa 3,5-5 MHz, Hitachi Avius®) entre Janeiro e Março de 2012. O comportamento vascular das LHF foi interpretado segundo os critérios publicados pela European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB) em 2008. Efectuada comparação com os resultados da tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) com contraste, quando disponíveis.

Resultados: Realizadas 24 CEUS em 24 doentes; 20 sem doença hepática de base (83%), 3 com cirrose (12%) e 1 com hepatite crónica por vírus B (5%). Cinco doentes apresentavam LHF múltiplas (21%). A CEUS distinguiu entre benignidade e malignidade em 32/34 LHF (94%) e em 22/34 (65%) permitiu um diagnóstico definitivo. Em 4 LHF benignas não foram realizados exames adicionais. A TC/RM distinguiram entre benignidade e malignidade em 27/30 LHF (90%) e em 22/30 (73%) definiram diagnóstico. O diagnóstico de malignidade ocorreu em 13 LHF (100% concordante em CEUS e TC/RM), correspondendo em CEUS a 6 LHF secundárias e 7 LHF sugestivas de hepatocarcinoma em doentes em vigilância, posteriormente confirmadas por TC/RM quadrifásicas. O grau de concordância global entre CEUS e TC/RM foi de 88%.

Conclusões: A CEUS é um complemento valioso à US convencional, mostrando melhorar a rentabilidade diagnóstica na caracterização

das LHF. Poderá, em alguns casos, tornar desnecessária a realização de outros exames imagiológicos, com consequente optimização de recursos e de custos e benefício para o doente.

7. INTOXICAÇÃO POR AMANITA PHALLOIDES E HEPATITE AGUDA: CASUÍSTICA DE 18 ANOS NUM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

C. Vieira, M. Serrano, A. Valente, R. Palma, P. Alexandrino, J. Velosa

Hospital Santa Maria, CHLN.

Introdução: A hepatite aguda por *Amanita phalloides* atinge 20% de mortalidade, sendo as alterações precoces na coagulação um factor de mau prognóstico.

Objectivo: Analisar características clínico-laboratoriais e evolutivas dos doentes com intoxicação por *Amanita phalloides*.

Métodos: Análise retrospectiva de dados demográficos, clínicos, laboratoriais e evolução nos doentes com intoxicação por *Amanita phalloides* (1994-2011).

Resultados: n = 20, 70% homens, com 42,5 anos (16;75), 16 internados na Unidade de Cuidados Intensivos. Após a ingestão, todos desenvolveram diarreia (8,1 ± 3,4h pós-ingesta), sendo admitidos às 38,7 ± 28,6h, com internamento de 6,3 ± 6,5 dias. À entrada 3 doentes tinham encefalopatia hepática (EH); às 24 horas, 5 tinham EH e evoluíram para: transplante-1; óbito-2; alta-2. O maior prolongamento do tempo de protrombina (pTP) foi atingido até às 72 horas pós-admissão, média de 4,5 dias pós-ingesta. O factor V mínimo foi atingido até às 72 horas; 3 doentes tinham factor V < 10% à entrada (transplante-2; óbito-1). 5 doentes atingiram critérios para transplantação, sem critérios de Clichy, não sendo avaliáveis os critérios de Ganzert. Foram transplantados 3 doentes: 2 sem EH com factor V inicial < 10%; 1 com EH grau 3, pH 7,11, choque e ventilação mecânica invasiva; 2 cumpriam critérios King's College. Comparativamente com os não transplantados: factor V inicial = 14 ± 9,5% VS 53 ± 37% (p = 0,008, t-test), factor V às 48h = 5 ± 1,8 vs 77 ± 26% (p = 0,01, t-test), pTP = 21,6 ± 20s vs 7,6 ± 13,6s (p = 0,24), pH = 7,26 ± 0,1 vs 7,36 ± 0,08 (p = 0,2). Todos sobreviveram até 30 dias pós-transplante. 3 cumpriam critérios mas não foram transplantados: 2 faleceram (factor V inicial < 20%, lesão renal aguda, pH < 7,3 e choque); 1 sobreviveu. Faleceram 3 doentes, entre 3,5 e 6 dias pós-ingesta. Os transplantados ou falecidos (n = 6) tinham na admissão: pTP = 24,3 ± 21,8 vs 3,5 ± 2,6s (p < 0,001), factor V = 12 ± 7% vs 63 ± 34% (p < 0,001), LDH = 2.860 ± 2.418 vs 1.676,4 ± 1.257 UI/L (p = 0,039), pH = 7,26 ± 0,1 vs 7,3 ± 0,05 (p < 0,005), lactatos = 53,7 ± 43 vs 21 ± 16,4 mg/dL (p = 0,039).

Conclusões: A mortalidade de 15% foi similar ao descrito, com sobrevivência pós-transplante de 100%. A EH não foi critério para transplante nos casos de insuficiência hepática por *Amanita phalloides*, não se verificando os critérios de Clichy. Um factor V inicial < 10% e alteração de coagulação nas 48h pós-admissão parecem ser factores mau prognóstico e necessidade de referenciação para transplante hepático.

8. IMPACTO DA INGESTÃO DE ÁLCOOL NA PROGRESSÃO DA HEPATITE CRÓNICA B

S. Carvalhana, M.V. Machado, H. Cortez-Pinto, J. Velosa

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, CHLN. Unidade de Nutrição e Metabolismo, Faculdade de Medicina de Lisboa, IMM.

Introdução e objectivo: O efeito do álcool no prognóstico da hepatite crónica B (HCB), nomeadamente, na progressão da fibrose, resposta ao tratamento ou descompensação clínica permanece

controverso. Pretendeu-se avaliar o impacto da ingestão de álcool na progressão da HCB.

Métodos: Análise retrospectiva de 240 doentes com HCB seguidos na nossa unidade, com avaliação histológica realizada entre Janeiro de 1997 e Julho de 2010. Excluídos 93 doentes por co-infecções com outros vírus ou ausência de registos clínicos na admissão ou durante o seguimento. O consumo de álcool no momento da biópsia foi registado, tendo-se definido consumo excessivo ≥ 40 g/dia.

Resultados: Incluídos 147 doentes, 107 homens, idade 35 ± 1 anos e follow-up 6,2 ± 0,4 anos. Padrões de consumo: 53% negaram consumo de álcool (SCA), 47% consumidores activos (CA), média 58,0 ± 6,8 g/dia, e 30,3% consumidores excessivos (CE). A análise histológica revelou: fibrose em 97,5%, F ≥ 2 (classificação Ishak) em 46,6% e cirrose em 17,8%. Os CE apresentaram maior prevalência de esteatose 63,9% vs 45,8% (p = 0,053), mas sem associação com necroinflamação (p = 0,529) ou grau de fibrose (p = 0,462). A prevalência de cirrose não foi diferente entre os CA: 23,2% vs 12,9% (ns). Nos CA, apesar da gravidade da fibrose avaliada por histologia não ser diferente, a elastografia hepática foi superior (6,95 vs 5,36 kPa, p = 0,043). Episódios de descompensação de doença hepática ou desenvolvimento de carcinoma hepatocelular não foram diferentes nos CA vs SCA: 0% vs 3,5% e 3,7% vs 3,5% (p = 0,67), respetivamente. O consumo de álcool não influenciou a resposta ao tratamento.

Conclusões: Embora o consumo excessivo de álcool se tenha associado a maior prevalência de esteatose, os nossos dados não sugerem um pior prognóstico na HCB em CA. Encontraram-se discrepâncias entre a histologia e a elastografia nos CA, sugerindo uma diminuição da acuidade na previsão de fibrose neste sub-grupo.

ENDOSCOPIA I

29 junho 2012, 14:30-16:00, Sala Arrábida

1. DIVERTICULOTOMIA DE ZENKER COM PINÇA MONOPOLAR HOTCLAW®: AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA E SEGURANÇA

P. Amaro, T. Correia, D. Gomes, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O tratamento do divertículo de Zenker por endoscopia flexível parece apresentar resultados semelhantes e menor morbilidade relativamente às técnicas cirúrgicas e de endoscopia rígida. Nas séries publicadas é notória a variabilidade da técnica e dispositivos utilizados na divisão do septo separando o divertículo do esófago.

Objectivo: Avaliação da eficácia e segurança da diverticulotomia de Zenker (DZ) por endoscopia flexível mediante técnica não previamente descrita.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com o diagnóstico clínico, endoscópico e/ou imagiológico de divertículo de Zenker e sujeitos a DZ entre Junho/2007 e Março/2012. Técnica endoscópica: septotomia com pinça monopolar (HotClaw®, FD-420LR; Olympus), e/ou coagulação com Argon-plasma (APC), assistida por diverticuloscópio (ZD overtube®; Wilson-Cook Endoscopy), sob

sedação profunda assistida por anestesista. Objectivo primário: alívio sintomático sustentado.

Resultados: 19 doentes foram submetidos a 22 procedimentos, mediana de idades de 68 anos, sendo a maioria do sexo masculino. Os sintomas mais frequentes foram disfagia (95,5%), regurgitação (35%), halitose e tosse (9% em ambos). O tamanho médio do divertículo foi de $3,9 \pm 1,3$ cm. A septotomia foi efectuada com pinça HotClaw® em 21 procedimentos, sendo o APC utilizado apenas nos 4 casos iniciais (3 em conjugação, 1 isoladamente). Durante o procedimento ocorreram 2 hemorragias ligeiras controladas endoscopicamente e uma perfuração esofágica pelo *overtube*. Nas primeiras 24 horas verificaram-se ainda: suspeita de perfuração (2); dor torácica (2); hipertermia (2). Todas as complicações foram resolvidas com tratamento médico. Seguimento médio de 22 meses (1-58 meses), com remissão completa em 13 doentes e parcial (sem necessidade de tratamento adicional) em 2 (78,9%). Persistência ou recorrência sintomática em 4 doentes (20,1%) com proposta de novo tratamento endoscópico: dois obtiveram remissão completa, um remissão parcial e um aguarda tratamento.

Conclusões: A DZ com pinça monopolar HotClaw® parece-nos uma variante técnica eficaz e segura, representando uma alternativa ao tratamento do divertículo de Zenker.

2. VALOR DA COLANGIOSCOPIA COMO FACTOR PREDITIVO NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS BILIARES PÓS-COLECISTECTOMIA

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

*Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente(CHLN).
Centro de Gastreenterologia, Hospital Cuf Infante Santo.*

Introdução e objectivo: A colocação seriada de múltiplas próteses biliares plásticas é a principal forma de tratamento de estenoses biliares iatrogénicas pós-colecistectomia, existindo resultados conflituosos na literatura. Este estudo avaliou as vantagens clínicas da colocação de múltiplas próteses plásticas no tratamento de estenoses biliares pós-colecistectomia e dos factores que possam influenciar a terapêutica endoscópica.

Métodos: Estudo retrospectivo e com seguimento a longo-prazo de 20 doentes consecutivos que foram submetidos a tratamento endoscópico de estenoses biliares pós-colecistectomia. Analisaram-se as características e duração do tratamento, reintervenções, sucesso clínico a longo prazo e factores independentes preditivos de recidiva ou de insucesso terapêutico.

Resultados: O período inicial médio de tratamento foi de 12,5 meses (intervalo: 7-18), com uma média de 6.5 exames/doente (intervalo: 3-12). O número médio de próteses colocadas ao mesmo tempo foi de 3.5 (intervalo: 1-6). O diâmetro máximo atingido foi em média 33,3 French (intervalo: 10-57). O sucesso clínico inicial foi obtido em todos os doentes (sem colestase e com estenose residual); No final do tratamento inicial foram visualizados 3 padrões de colangioscopia: sem lesão ou irregularidade da mucosa ($n = 10$); estenose cicatricial com anel fibroso completo ($n = 6$) e abundante tecido hiperplásico ($n = 4$). Após um tempo médio de seguimento 46,5 meses (intervalo: 24-80), 16 doentes (80%) mantiveram-se sem colestase e 4 doentes (20%) recidivaram. Foram retratados com novo período de colocação de próteses e mantem-se sem colestase actualmente. O único factor independente (modelo multivariado de cox) preditivo de recidiva foi um padrão colangioscópico de tecido hiperplásico após a retirada das próteses.

Conclusões: A terapêutica endoscópica é uma estratégia válida no tratamento de estenoses benignas biliares pós-colecistectomia e a taxa de recidiva é aceitável podendo ser corrigida com novo período de tratamento. A colangioscopia é um instrumento útil como valor preditivo de recorrência possibilitando o prolongamento do tratamento inicial.

3. AVALIAÇÃO PROSPETIVA DE COMPLICAÇÕES PÓS-POLIPLECTOMIA

L. Eliseu¹, R. Cardoso¹, N. Almeida¹, A. Oliveira¹, B. Arroja¹, C.G. Silva², M. Ferreira¹, H. Gouveia¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra.

Introdução: A polipectomia endoscópica é uma técnica simples e segura, largamente praticada em qualquer unidade de endoscopia. Contudo, não é isenta de riscos, sendo desejável a avaliação da taxa de complicações registadas.

Objectivo: Determinar a taxa de complicações da polipectomia colo-rectal. Caracterizar essas complicações, respetiva resolução e factores de risco associados.

Métodos: Inclusão prospetiva, sequencial, de 778 doentes (sexo masculino - 501; média etária $64,6 \pm 11,9$ anos) submetidos a colonoscopia com polipectomia (1492), num período de 1 ano. Excluídos aqueles com lesões sésseis > 2 cm excisadas por mucossectomia. Avaliação da ocorrência de complicações imediatas/tardias através da consulta de registos clínicos e entrevista telefónica um mês após o procedimento. Contactados 656 doentes (1.302 polipectomias correspondentes); excluídos os restantes para estudo das complicações tardias. Análise estatística descritiva; regressão logística uni e multivariada.

Resultados: Das 1.492 polipectomias, 1.242 foram efetuadas com ansa diatérmica (75 com injeção submucosa prévia). Pólipos maioritariamente localizados ao cólon esquerdo (68,3%), de morfologia sésseis (73,9%), com dimensões ≤ 1 cm (83,3%). Recuperados para estudo histológico 1283 pólipos: 724 adenomas (tubulares - 504, tubulo-vilosos - 147, vilosos - 33, serrados - 40), 457 pólipos hiperplásicos, 28 mistos, 14 adenocarcinomas. Ocorreu hemorragia imediata em 22 procedimentos (1,5%), debelada com terapêutica endoscópica. Reconhecidas 12 complicações tardias (0,9%): 10 hemorragias (5 requerendo terapêutica endoscópica e internamento); 2 síndromes pós-polipectomia. Não ocorreram casos de perfuração nem houve necessidade de intervenção cirúrgica. Verificou-se associação da hemorragia com: dimensões do pólipos ($p < 0,001$); morfologia pediculada ($p < 0,05$); malignidade ($p < 0,001$). Análise multivariada confirmou como factores de risco independentes para hemorragia imediata dimensões > 15 mm ($p < 0,001$) e malignidade ($p < 0,001$); e para hemorragia tardia dimensões > 19 mm ($p < 0,05$).

Conclusões: A polipectomia é uma técnica com baixa taxa de complicações, sendo a mais frequente a hemorragia, geralmente resolúvel com terapêutica endoscópica. As dimensões e o tipo histológico dos pólipos são os principais factores preditivos da ocorrência de hemorragia.

4. DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA EM AMBULATÓRIO: É SEGURA?

F. Baldaque Silva, M. Marques, F. Vilas Boas, E. Duarte, J. Lopes, F. Carneiro, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Anestesiologia e Anatomia Patológica, Hospital de São João, Porto IPATIMUP, Porto.

Introdução e objectivo: A dissecação endoscópica da submucosa (DES) é geralmente realizada em regime de internamento. Pretendemos descrever a nossa experiência inicial com DES em regime de ambulatório.

Métodos: Quarenta doentes consecutivos (18 mulheres) participaram neste estudo (idade 20-85 anos, média 62 anos). Destes, 30 tinham lesões gástricas, 9 lesões rectais e 1 esofágica, com dimensões de 12-48 mm. Histologicamente, 10 lesões apresentavam displasia de baixo grau, 14 displasia de alto grau, 1

adenocarcinoma intramucoso, 5 adenocarcinomas invasores limitados à submucosa superficial, 4 lesões hiperplásicas, 4 pólipos fibróides inflamatórios, 1 tumor neuroendócrino e 1 pâncreas ectópico. Todos os doentes foram admitidos de manhã e tiveram alta de tarde, viviam a menos de 1 hora do hospital e tinham o contacto telefónico do endoscopista. Um mês após cada DES foi realizado um questionário.

Resultados: O tamanho dos fragmentos foi de 16-69 mm (média 32 mm), tendo sido a ressecção em bloco em 38 doentes. A duração dos procedimentos variou entre 15 e 281 minutos (mediana de 78 min). As margens profundas foram negativas (R0) em todos os doentes, as margens laterais foram positivas para displasia de baixo grau (R1) em 3 lesões. Um doente foi admitido no dia após o procedimento por enfisema após DES rectal e foi tratado conservadoramente. Outra doente foi admitida 1 dia após DES gástrica por episódio de hemorragia, respondendo à hemostase endoscópica e transfusão de 2 UGR. Nos outros doentes não houve necessidade de observação médica por complicações pós DES. Não houve necessidade de cirurgia em nenhum doente. Trinta e oito doentes consideraram que ir para casa após o procedimento foi a melhor opção.

Conclusões: DES em ambatório parece ser método viável e seguro. A confirmação destes dados com uma série maior, poderá levar a mudanças significativas no tratamento, com redução de custos e complicações relacionadas a internamento hospitalar.

5. PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS NA PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GASTRODUODENAL MALIGNA

R. Pimentel, T. Moreira, S. Barrias, I. Pedroto

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Santo António. Centro Hospitalar do Porto, Porto.

Introdução: A obstrução gastroduodenal é complicação de neoplasias, geralmente em estadios avançados, irremediáveis ou inoperáveis. Nos últimos anos, as próteses metálicas auto-expansíveis entéricas (PMAE) surgiram como alternativa à gastroenterostomia cirúrgica na palição destas obstruções.

Objectivo: avaliar a eficácia e segurança das PMAE na palição da obstrução gastroduodenal maligna.

Métodos: Avaliação retrospectiva de doentes consecutivos que colocaram PMAE por obstrução gastroduodenal maligna entre 01/2009 e 12/2011. Avaliados: sucesso técnico (correcta colocação e expansão da PMAE na primeira tentativa), sucesso clínico [melhoria ≥ 1 ponto do Gastric outlet obstruction scoring system (GOOSS) e persistência da melhoria] e complicações. Informação obtida por consulta dos processos clínicos e contacto telefónico com familiar convivente.

Resultados: Colocaram PMAE 25 doentes. Catorze (56%) homens, idade média $68 \pm 15,7$ anos; causas de obstrução: neoplasia gástrica [20 (80%)], neoplasia bilio-pancreática [4 (16%)], metástase peritoneal [1 (4%)]; obstrução antropilórica em 19 (82,6%) casos (7 com extensão bulbar) e obstrução duodenal (D2/ D3) em 5 (21,7%), dos quais 4 necessitaram prótese biliar paliativa. Quinze doentes (60%) com intolerância oral completa pré-PMAE. Sucesso técnico em 23 casos (92%). Após PMAE, mediana da duração do internamento foi 3 dias. Sucesso clínico após colocação da PMAE em 20 doentes (80%), dos quais 16 mantiveram sucesso até à data de falecimento/final do estudo, com um doente sem follow-up após 7º dia (16/24; 67%). GOOSS médio pós-PMAE superior ao pré-PMAE (0,5 versus 1,6; $p < 0,05$). Falecidos 22 doentes (87%), mediana da sobrevida pós-PMAE foi 56 dias (3-365 dias). Mantiveram dieta oral até falecimento/final do estudo 22 doentes (22/24; 91,7%). Complicações em 3 casos (13%): 2 (8,7%) com obstrução da PMAE por overgrowth tumoral (reintervenção num caso, colocando 2ª PMAE), 1 (4,3%) com hemorragia (tratamento de suporte).

Conclusões: As PMAE são opção eficaz e segura na palição da obstrução gastroduodenal maligna, permitindo que doentes terminais mantenham dieta oral, evitando-se intervenções mais invasivas e internamentos prolongados.

6. GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA EM DOENTES COM ESCLEROSE AMIOTRÓFICA LATERAL COM APOIO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

S. Rodrigues, R. Ramalho, F. Vilas-Boas, M. Van Zeller, M. Gonçalves, F. Baldaque, J. Winck, G. Macedo

Centro Hospitalar de S. Joao.

Introdução: Os doentes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) e comprometimento muscular grave bulbar podem estar em risco para insuficiência respiratória durante a colocação da gastrostomia percutânea endoscópica (PEG). A ventilação não invasiva (NIV) pode reduzir o risco de complicações respiratórias em pacientes com insuficiência ventilatória grave (SVI). Existem vários estudos que relatam um aumento de sobrevida em doentes com ELA após colocação de PEG.

Objectivo: Reportar a experiência de colocação de PEG com VNI em pacientes com ELA e SVI na nossa instituição.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com ELA, com comprometimento muscular grave bulbar e associado SVI com indicação para a colocação de PEG. Os parâmetros ventilatórios (VC, EtCO₂, FR, FVC) foram avaliados antes e após colocação de PEG. O procedimento foi realizado com os doentes sob NIV nasal, utilizando o ventilador bi-nível do domicílio. Os sinais vitais, estimados volumes correntes e ar-vazamentos foram monitorizados. A NIV foi mantida durante 3h após o procedimento. Foram utilizados kits de PEG de botão e colocados por método Pull.

Resultados: Onze doentes com idade média de 68 anos foram incluídos. Seis dos quais (55%) não necessitaram de internamento hospitalar. Avaliação do paciente pré-PEG pulmonar foi efectuada em todos os doentes. Todos tinham utilizado NIV em casa durante $5,9 \pm 10$ meses, com média de uso diário 14h. Os doentes iniciaram o procedimento com tempo médio de IPAP-19,2 $\pm$ 3 e EPAP-6, 7 $\pm$ 1,5 mmHg. Em todos os casos procedem-se à colocação de PEG sem sedação ou sob sedação leve com midazolam e 91% colocaram PEG de 20 Fr. A sobrevida ao primeiro e sexto mês foi de 91% e 45%, respetivamente, sendo a taxa de mortalidade verificada apenas dependente do agravamento da SVI, como expectável.

Conclusões: A colocação da PEG pode ser feita com sucesso em doentes com ELA associada a insuficiência ventilatória grave, quando assistida por NIV.

7. PRÓTESES BILIARES NO TRATAMENTO DA COLEDOCOLITÍASE: IMPACTO COMO MÉTODO PRIMÁRIO

B. Pereira, A. Santos, A. Caldeira, R. Sousa, E. Pereira, J. Tristan, A. Banhudo

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Amato Lusitano, ULS de Castelo Branco.

Introdução: As próteses biliares plásticas são frequentemente aplicadas no tratamento da coledocolitíase quando a extracção endoscópica é difícil ou incompleta, de modo a prevenir impactação litíase e colangite. Estudos recentes sugerem que o uso de próteses poderá ter um papel como método primário em alguns doentes, com efeito terapêutico em termos de redução da carga litíase.

Objectivo: Estudar o efeito da colocação de próteses biliares como método primário no tratamento de coledocolitíase.

Métodos: Análise retrospectiva das CPREs realizadas num único centro no período 2000-2010; selecção dos doentes em que foram usadas próteses biliares como método primário de tratamento de

coledocolitíase; medição do índice litíase (soma do diâmetro de todos os cálculos, cm) antes e após período de permanência da prótese; análise estatística com teste de Wilcoxon.

Resultados: Entre 2000-2010 realizaram-se 2.762 CPREs, tendo-se obtido colangiograma em 2.438 exames e evidenciado coledocolitíase em 1.050. Em 966 doentes realizaram-se manobras de extracção primária. Em 61 doentes considerados de risco (idade avançada, comorbilidades, toma de antiagregantes plaquetários e/ou anticoagulantes, limitações técnicas) foi apenas colocada prótese biliar (duplo-pigtail, 7F), sem ETE ou tentativa de extracção de cálculos. Destes doentes, 43 repetiram CPRE após período médio de permanência da prótese de 93 dias. Verificou-se redução do índice litíase médio após o uso de prótese (de 2,7 para 1,7; $p < 0,005$).

Conclusões: O uso primário de próteses biliares plásticas por um período médio de cerca de 3 meses associou-se a redução significativa do índice litíase, podendo ser uma alternativa de primeira linha no tratamento da coledocolitíase em alguns doentes, com factores de risco para realização de outras manobras mais invasivas.

8. ATIVIDADE ENDOSCÓPICA HOSPITALAR EM PORTUGAL - UM DIA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

M. Areia, M. Dinis-Ribeiro

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva.

Introdução: A atividade endoscópica hospitalar em Portugal não está quantificada por ausência de estudos multicêntricos.

Objectivo: Avaliar a prática hospitalar da endoscopia digestiva alta (EDA) de rotina com estudo multicêntrico transversal.

Material: 43 Hospitais do Serviço Nacional de Saúde foram convidados a comunicar a sua atividade em EDA num único dia, aleatório, definido próximo à execução, evitando vieses de seleção. Apoio científico e logístico da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e aval da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Estatística comparativa com teste Qui².

Resultados: Responderam 12 hospitais (27,9%), num total de 123 EDA (10 ± 4). Dos pacientes 52% eram masculinos, 12% tinham antecedentes neoplásicos, 15% tomavam antiagregantes ou anticoagulantes, 84% eram ambulatoriais e 50% efetuaram a sua primeira EDA. A maioria dos casos foi realizada sem sedação (78%), associado a técnicas em 15% (injeção, polipectomia, dilatação ou prótese) e sem complicações (98%). O exame foi considerado anormal em 77% dos casos, com diagnósticos endoscópicos mais frequentes de congestão gástrica (28%), atrofia gástrica (14%) ou esofagite (11%) e diagnósticos histológicos de gastrite (56%; IC 95% 43-69%), atrofia (19%; 9-29%) e *H. pylori* positivo (38%; 25-51%). Ser a primeira EDA não alterou os diagnósticos de gastrite (56 vs 57%, $p = 0,91$), atrofia (22 vs 14%, $p = 0,49$) ou *H. pylori* (44 vs 30%, $p = 0,36$), assim como idade < ou ≥ 50 anos (56 vs 56%; 21 vs 11%, $p = 0,51$; 31 vs 63%, $p = 0,10$), respetivamente.

Conclusões: Demonstra-se que é possível realizar estudos multicêntricos no âmbito da endoscopia digestiva no nosso país e a originalidade da medida da prevalência de alterações gástricas em estudo transversal nacional. Os resultados, apesar da baixa taxa de participação e consequente amostra limitada, mostram que em Portugal a maioria das EDA decorre sem anestesia e sem complicações e que 1/5 dos doentes apresentam atrofia e 1/3 infeção para o *H. pylori*.

VÍDEOS I

29 junho 2012, 16:30-18:00, Sala Infante

1. LOBECTOMIA PULMONAR TRANSESOFÁGICA COM APOIO TORACOSCÓPICO

J. Moreira-Pinto, A. Ferreira, A. Miranda, C. Rolanda, J. Correia-Pinto

Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Hospital de Braga.

Os autores apresentam o vídeo de uma lobectomia superior direita transesofágica em modelo animal combinando um gastroscópio convencional e um toracoscópio com canal de trabalho de 5 mm. Integra procedimentos de um estudo experimental com avaliação de sobrevida. Documentam-se os vários passos da intervenção tais como: esofagotomia, disseção hilar, laqueação dos componentes do hilo por via transesofágica com um stappler, lobectomia pulmonar e extração da peça. No estudo de sobrevida a esofagotomia foi encerrada com um instrumento de sutura laparoscópica por via peroral e uma prótese esofágica recoberta. A lobectomia pulmonar por via toracoscópica tem sido usada de forma crescente. O objetivo deste estudo foi avaliar o NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) como alternativa à cirurgia endoscópica transtorácica e avaliar a exequibilidade da lobectomia pulmonar peroral, por via transesofágica e apoio de um único trocar transtorácico.

2. TRATAMENTO DA ACALÁSIA POR MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL

F. Baldaque Silva¹, R. Ramalho¹, M. Afonso⁵, M. Marques¹, F. Vilas-Boas¹, E. Duarte², A. Gouveia³, J. Preto³, T. Fernandes⁴, G. Macedo¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Anestesia; ³Serviço de Cirurgia Geral; ⁴Serviço de Radiologia, Hospital São João. ⁵Porto Serviço de Gastreenterologia, Hospital São Sebastião.

Caso clínico: A dilatação endoscópica por balão e a miotomia laparoscópica são os tratamentos mais frequentemente usados entre nós no tratamento da acalásia. Recentemente foi descrita uma nova técnica endoscópica de miotomia endoscópica peroral (MEP), que permite de uma forma inovadora e eficaz, a miotomia do esófago e cardia com consequente melhoria sintomática em doentes com acalásia. Os autores descrevem a avaliação pré intervenção, o procedimento de MEP e avaliação pós procedimento em doente de 66 anos com diagnóstico clínico, manométrico e radiológico de acalásia refractária a tratamento endoscópico. É apresentada detalhada iconografia endoscópica, manométrica, e radiológica. A MEP decorreu na unidade de endoscopia sob anestesia geral e ventilação assistida. Foi usada insuflação com CO₂, sendo a dissecação realizada usando TT-Knife e Dual-Knife. Foi criado tunel submucoso de 17 cm e realizada miotomia de 12 cm, não se verificando hemorragia ou perfuração. O procedimento demorou 210 minutos, não se tendo registado intercorrências durante ou após o procedimento. Durante o internamento o doente manteve-se apirético e sem alterações laboratoriais para além de subida temporária da PCR. O doente teve alta ao 6º dia, com melhoria franca da sintomatologia (diminuição do score de Eckardt de 7 para 3) e dos exames complementares.

Discussão: Através da descrição deste caso comprova-se a eficácia e segurança desta técnica quando realizada em meio apropriado, mesmo em doentes com tratamento instrumental prévio.

3. DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA USANDO A “TÉCNICA YO-YO”

F. Baldaque Silva¹, M. Marques¹, F. Vilas-Boas¹, M. Velosa³, E. Duarte², G. Macedo¹.

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Anestesiologia, Hospital São João, Porto. ³Serviço de Gastrenterologia, Hospital Nelio Mendonça, Funchal.

Caso clínico: A dissecação endoscópica da submucosa (DES) tem sido crescentemente usada na ressecção em bloco de lesões gastrointestinais. Uma das principais dificuldades destes procedimentos é a mobilização das lesões parcialmente ressecadas, de modo a melhorar o acesso às margens da lesão e ao espaço submucoso, expondo os vasos da submucosa passíveis de coagulação endoscópica e melhorando visualização do plano de dissecação de forma a evitar perfurações. Diversas técnicas de mobilização foram desenvolvidas, mas a maioria é complexa, dispendiosa, permite somente tracção da lesão e algumas limitam a mobilização do endoscópio. Na “técnica yo-yo”, desenvolvida pelo nosso grupo e usada em mais de 20 DES gástricas, é inicialmente colocado um hemoclip convencional no bordo da lesão parcialmente ressecada. Depois é introduzida, através da nasofaringe, uma ansa diatérmica que quando na cavidade gástrica, fixa o hemoclip com a ajuda de uma pinça de corpos estranhos. Após a remoção da pinça, é possível mobilizar nos 2 sentidos a lesão, empurrando ou puxando a ansa, aumentando a visualização do plano de dissecação e dos vasos subepiteliais. Usando material endoscópico convencional, a “técnica yo-yo” permite uma DES segura e eficaz.

Discussão: A “técnica yo-yo” através de tracção e empurramento dos bordos da lesão, permite mobilizar a lesão durante a DES, expondo a submucosa e as margens da lesão. Por meio de uma pormenorizada demonstração vídeo, os autores descrevem a eficácia, segurança e exequibilidade desta nova técnica de auxílio dos procedimentos de DES em diferentes lesões ao longo da cavidade gástrica. Com a implementação desta nova técnica, as suas indicações podem ser expandidas para outros órgãos do tracto gastrointestinal.

4. ECOENDOSCOPIA/CPRE POR EXECUTANTE ÚNICO NA RESOLUÇÃO DE COMPLICAÇÃO DE PANCREATITE CRÔNICA

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

A CPRE é o tratamento preferencial na patologia obstrutiva biliar, estando descritas taxas de sucesso superiores a 90% com executantes experientes. Raramente, a abordagem da via biliar não é possível. Nestes casos, a drenagem biliar trans-hepática percutânea e o pré-corte da papila constituem possíveis alternativas. Apesar de associados a um aumento da taxa de sucesso, são técnicas com algumas complicações, sendo, por vezes, necessário agendar um novo procedimento, com consequente aumento do tempo de hospitalização e dos custos. A ecoendoscopia tem tido uma aplicação crescente na abordagem de doentes com patologia biliar. Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, 48 anos, com antecedentes de pancreatite crónica de etiologia alcoólica, submetido a quisto-duodenostomia há cerca de 1 ano por quadro de colestase. Por manutenção das alterações analíticas, é referenciado para realização de CPRE. Houve dificuldade na identificação e acesso à papila por duodenoscopia, tendo-se procedido a punção transduodenal do colédoco guiada por encoendoscopia, utilizando

agulha 19 G, com passagem de fio guia 0,035 inch para o duodeno. Introduziu-se o duodenoscópio com recolha do fio guia. Foi efectuada canulação e esfínterotomia, com colangiografia subsequente, tendo-se observado dilatação da via biliar extra-hepática condicionada por estenose distal. Colocou-se prótese plástica, modelo Sof-Flex (Wilson-Cook) de 10 Fr/5 cm, verificando-se, posteriormente, boa drenagem biliar. O doente teve alta 24 horas após, clinicamente bem. No caso apresentado, pela dificuldade na identificação e acesso à papila, foi necessário efectuar Rendezvous eco-guiado, que permitiu a drenagem da via biliar, com a vantagem de ter sido realizada numa só sessão e por executante único.

5. TÉCNICA STENT-IN-STENT PARA REMOÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS

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

Instituto Português de Oncologia do Porto.

As próteses metálicas auto-expansíveis (SEMS) parcialmente cobertas estão apenas aprovadas para uso em patologia maligna do tubo digestivo. No entanto, tem sido cada vez mais frequente o seu uso na resolução de situações benignas a nível esofágico, como fístulas, perfurações e deiscências. Apesar de possuírem características que trazem vantagem perante as próteses plásticas, aprovadas para estas situações, a sua permanência no organismo a longo prazo traz complicações que torna imperativa a sua remoção. Devido à incorporação das extremidades deste tipo de prótese na parede esofágica, provocada pelo crescimento de tecido hiperplásico como reacção ao material metálico não coberto, a remoção segura destas próteses torna-se num desafio. Várias técnicas estão descritas para esse fim, como a tracção do topo distal após a sua invaginação e a destruição do tecido hiperplásico das extremidades com árgon plasma. No entanto, estas técnicas não estão isentas de risco de perfuração e hemorragia. Tem sido descrita também a técnica stent-in-stent como uma alternativa na remoção de SEMS. Esta técnica consiste na colocação de uma outra prótese (habitualmente plástica, ou ocasionalmente metálica totalmente coberta, de diâmetro igual ou superior) no interior da primeira para que, num intervalo de tempo de cerca de 2 semanas, ocorra necrose de pressão no tecido hiperplásico induzida pela segunda prótese. Numa série de casos publicados, esta técnica mostrou-se 100% eficaz na remoção de SEMS inseridas no contexto de uma variedade de situações clínicas. Os autores apresentam um vídeo descritivo da técnica endoscópica em que pela primeira vez se descreve a remoção de SEMS largas e em que o procedimento para exteriorização da SEMS inclui a invaginação inicial do seu topo proximal.

6. PRÓTESES BIODEGRADÁVEIS NO TRATAMENTO DE ESTENOSES BENIGNAS DO TRACTO GASTROINTESTINAL

C. Graça Rodrigues, L. Santos, E. Pires, J. Ramos Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: As próteses biodegradáveis constituem uma nova opção terapêutica na abordagem de estenoses benignas do tracto gastrointestinal. Estas próteses mantêm a integridade e força radial durante 6-8 semanas, exercendo um efeito de dilatação prolongado, desintegrando-se em 11-12 semanas, sem necessidade de extracção. Foram testadas sobretudo no tratamento de estenoses benignas esofágicas refractárias aos procedimentos de dilatação. Alguns estudos, embora raros, sugerem que a sua utilização nas estenoses benignas do cólon e/ou do intestino delgado é promissora.

Caso clínico: Apresentam-se 3 casos clínicos ilustrativos da utilização de próteses biodegradáveis no tratamento de estenoses benignas gastrointestinais. O 2 primeiros casos referem-se a doentes com estenoses esofágicas causticas, um de 48 anos com duas

estenoses com 2 e 4 cm de extensão e outro de 67 anos com duas estenoses com 5 e 4 cm de extensão, submetidos respectivamente a 6 e 15 dilatações com velas Savary-Gilliard em intervalos regulares de 2-4 semanas, sem melhoria sustentada das queixas de disfagia. No primeiro foi colocada uma prótese biodegradável SX-ELLA 25/20/25-100 mm e no segundo foram colocadas sequencialmente 2 próteses de características idênticas, pela extensão e distância das estenoses. Ambos os doentes apresentaram melhoria significativa da disfagia e do estado nutricional, e não houve necessidade de realizar novos procedimentos de dilatação após 2 e 3 meses de follow-up, respectivamente. Não se verificaram complicações. O 3º caso diz respeito a uma doente de 33 anos com Doença de Crohn diagnosticada aos 16 anos, com envolvimento gástrico e ileo-cólico de tipo inflamatório e doença peri-anal fistulizante (A1, L2L4p, B1), sob terapêutica com Infliximab desde 2001, encontrando-se em remissão clínica e endoscópica desde 2009. Em 2011 apresentou 2 episódios de sub-oclusão consequentes a uma estenose cicatricial recto sigmoideia com 6 cm de extensão. Foi colocada prótese biodegradável SX-ELLA 25/20/25-100 mm, sem complicações imediatas, com rápida resolução da sintomatologia obstrutiva. A doente mantém-se assintomática após 6 meses.

7. DILATAÇÃO DA PAPILA COM BALÃO DE GRANDE DIÂMETRO: NOVA TÉCNICA PARA REMOÇÃO DE CESTO IMPACTADO NA VBP

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

Estão descritas várias técnicas endoscópicas para remoção de cálculos da via biliar principal (VBP). A esfínterectomia com remoção de cálculos utilizando cesto ou balão, é o tratamento de escolha na coledocolitíase. Raramente, ocorrem complicações. Descreve-se o caso de uma doente de 86 anos, com coledocolitíase, referenciada para realização de CPRE. A VBP foi canulada sem dificuldade. A colangiografia demonstrou uma via biliar extra-hepática dilatada com cálculo de grandes dimensões (14 mm) no seu interior. Foi realizada esfínterectomia, com introdução de cesto Dormia para remoção do cálculo. Verificou-se impactação do cesto na VBP distal, tendo-se procedido a dilatação da papila com balão de grande diâmetro insuflado até 18 mm. O cesto e o cálculo impactados foram removidos posteriormente por tracção, com facilidade. O procedimento teve uma duração total de 18 minutos, sem complicações. A doente teve alta 24 horas após, clinicamente bem. A impactação do cesto de Dormia ocorre em 0,8 a 5,9% dos casos. As abordagens descritas para a sua resolução incluem a litotricia (mecânica ou extracorporal) ou cirurgia. Neste caso, tendo em conta a segurança e eficácia já demonstradas na remoção de cálculos de grandes dimensões, foi utilizado um balão de grande diâmetro. O procedimento foi realizado num só tempo e sem complicações. Conclui-se que esta poderá ser a abordagem de primeira linha nos casos de cesto impactado na VBP distal, uma vez que demonstrou ser um método simples e eficaz de resolver esta complicação.

8. PRÓTESE METÁLICA RECOBERTA NO TRATAMENTO DE ESTENOSE BIZARRA DE ANASTOMOSE ESÓFAGO-GÁSTRICA

B. Rosa, P. Moutinho Ribeiro, J. Cotter

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Caso clínico: Homem de 63 anos, submetido a esofagectomia subtotal por carcinoma epidermóide esofágico (pT1aG2N0M0). Por queixas de disfagia progressiva, foi submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou estenose cerrada da anastomose esófago-gástrica.

As biópsias excluíram recidiva tumoral. Sob controlo fluoroscópico, procedeu-se a dilatação progressiva com dilatadores de Savary, até 11 mm. Por laceração profunda ao nível da estenose, optou-se pela colocação temporária de prótese metálica auto-expansível (PMAE), totalmente coberta, do tipo Hanarostent®, com 110 × 20 mm. Após 6 semanas procedeu-se à sua remoção electiva, através da prensão da extremidade distal com ansa, pelo método de stripping, verificando-se boa patência luminal no final do procedimento. Contudo, uma semana após a remoção da prótese, constatou-se recorrência da estenose esofágica, que se apresentava infranqueável pelo endoscópio. Era visível, a esse nível, a presença de fio de sutura que, segundo o cirurgião responsável, corresponderia a fio de nylon utilizado para a confecção de cerclagem pré-anastomótica, a qual deveria ter sido incluída na peça de esofagectomia. Procedeu-se à secção do fio de sutura com tesoura de corte (Olympus®), utilizando endoscópio terapêutico de dois canais, de modo a possibilitar simultaneamente a prensão e remoção do fio de sutura com pinça de corpos estranhos; seguidamente foi colocada PMAE totalmente coberta do tipo Wallflex®, com 105 × 23 mm (28 mm nos flares). Verificou-se resolução completa das queixas de disfagia. O controlo radiológico sequencial permitiu objectivar o correcto posicionamento e expansibilidade da prótese, que foi removida electivamente após 3 meses, estando o doente assintomático após 3 meses de follow-up.

Discussão: A utilização temporária de PMAE tem vindo a ganhar importância na patologia benigna do tubo digestivo, com taxas de eficácia elevadas. Este caso tem particular interesse, uma vez que a constatação do insucesso precoce desta técnica, permitiu desvendar o diagnóstico etiológico “bizarro” da estenose anastomótica em causa e definir a estratégia terapêutica subsequente.

Casos Clínicos II

30 junho 2012, 09:30-11:00, Sala D. Luís

ANGIOGRAFIA SELECTIVA COM EMBOLIZAÇÃO COM MICROCOILS: TERAPÊUTICA EFICAZ DO HEMOSUCCUS PANCREÁTICO POR PSEUDOANEURISMA

M.J. Pereira, J.M. Romãozinho, P. Amaro, M. Ferreira, C. Sofia

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastreenterologia e Hepatologia, Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC.

Introdução: A hemorragia pela papila de Vater proveniente do ducto pancreático, conhecida por *Hemosuccus Pancreaticus* (HP), é uma entidade rara.

Caso clínico: Os AA apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 40 anos de idade, com antecedentes de etilismo crónico, pancreatite crónica calcificante e anemia ferropénica, que desenvolveu um quadro de epigastralgias, melenas e anemia grave (Hb: 3,6 g/dL), com duas semanas de evolução. A EDA revelou hemorragia activa pela papila de Vater. Apresentava, na AngioTAC, uma imagem nodular na cabeça pancreática de 8 mm de diâmetro, com intenso realce em fase arterial e isodensa em fase portal, aspecto este sugestivo de pseudoaneurisma intrapancreático, na dependência da arcada pancreatoduodenal inferior. Foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos de Gastreenterologia e Hepatologia, onde foi submetido a angiografia do tronco celiaco e

mesentérica superior, a qual confirmou os dados da AngioTAC e permitiu a embolização selectiva do pseudoaneurisma com “microcoils”, resultando na exclusão do mesmo e controlo da hemorragia. Os autores apresentam iconografia angiográfica.

Discussão: O diagnóstico de HP deverá ser considerado nos casos de hemorragia digestiva alta de causa indeterminada, sobretudo quando associada a dor abdominal intensa e antecedentes de pancreatite crónica. Uma vez identificada uma formação aneurismática, esta deverá ser sistematicamente tratada, independentemente da presença ou não de hemorragia activa, constituindo a embolização por angiografia selectiva a terapêutica de 1ª linha.

2. UM DIAGNÓSTICO RARO DE QUISTOS PANCREÁTICOS

A.L. Sousa¹, M. Eusébio¹, A.G. Antunes¹, P. Figueiredo², P.P. Marques², D. Sousa¹, H. Guerreiro¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Faro. ²Serviço de Gastreenterologia, Hospital Garcia de Orta.

Os autores apresentam um caso clínico de doente de 35 anos de idade, sexo feminino, remetida à consulta de Gastreenterologia com informação de dispepsia desde há longa data e quistos pancreáticos. Sem outra sintomatologia acompanhante, nomeadamente dor abdominal, anorexia ou emagrecimento. Os antecedentes pessoais e familiares são irrelevantes. Na consulta efectuou, entre outros exames, TAC e RM que revelaram múltiplos quistos na cabeça e cauda do pâncreas. Em face dos achados realizou ecoendoscopia que confirmou a existência de inúmeros quistos simples ao longo de todo o pâncreas, sem dilatação do ducto pancreático, sendo a maioria infracentimétricos, e dois deles de maiores dimensões; o primeiro na transição istmo-corpo com 16 mm tendo-se procedido à aspiração do seu conteúdo de aspeto seroso e cuja citologia revelou sangue, material amorfo e células inflamatórias; o segundo a nível cefálico com 23 mm, tipo favo de mel, também sem evidência de atipia celular; através da ecoendoscopia foram ainda visualizados pequenos quistos no rim esquerdo e no baço. Os aspetos descritos eram sugestivos de múltiplos cistadenomas serosos pancreáticos. Face aos dados, foi colocada a hipótese de doença Von Hippel Lindau tendo o teste genético confirmado o diagnóstico. Na sequência deste diagnóstico realizou exames complementares que afastaram a existência de hemangioblastomas cerebrais e da retina, bem como feocromocitoma ou carcinoma de células renais. O estudo genético da família revelou doença na filha. A doença Von Hippel Lindau é uma doença rara, autossómica dominante, caracterizada pela formação de hemangioblastomas, quistos e neoplasias envolvendo múltiplos órgãos. Os autores destacam este caso dada a raridade da entidade clínica e pelo facto do doente apenas apresentar como manifestação os quistos, na ausência de alterações vasculares do sistema nervoso central que são usuais, destacando-se ainda a ausência de patologia maligna nomeadamente feocromocitoma, tumores pancreáticos e das células renais. Apresenta-se iconografia.

3. HIPERPLASIA NODULAR REGENERATIVA (HNR) EM DOENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL (ICV)

S. Rodrigues, S. Lopes, F. Vilas-Boas, F. Carneiro, J. Torres Costa, G. Macedo

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

AMFS, sexo masculino, 51 anos, com o diagnóstico de ICV desde 1991, efectuando terapêutica mensal com imunoglobulina endovenosa. Seguido em consulta de Gastreenterologia por linfoma

duodenal (estádio IV, IPI elevado) com estenose pós-quimioterapia (protocolo CHOP) na 4ª porção duodenal. Por intolerância alimentar iniciou alimentação parentérica e foi colocada uma prótese duodenal em Abril de 2010 com melhoria clínica. Em Maio de 2011, foram diagnosticadas alterações do perfil hepático com predomínio de colestase. O estudo etiológico efetuado, i.e., marcadores víricos, imunológicos, metabólicos e cinética de ferro, foi negativo. Em Agosto foi internado por diarreia persistente, agravamento do perfil hepático e edemas periféricos. Foi submetido a endoscopia alta para reavaliação da prótese duodenal e observaram-se varizes esofágicas incipientes. Foi efetuada biópsia hepática com diagnóstico histológico de HNR. Em Fevereiro de 2012 teve um episódio de peritonite bacteriana espontânea. No ambulatório, foi submetido a enteroscopia com balão único por via anterógrada e retrógrada, para exclusão de recidiva de linfoma. Na avaliação endoscópica do estômago, observou-se uma lesão plana no corpo cujas biópsias foram diagnósticas de adenocarcinoma. São raros os casos descritos de HNR associada a ICV. Esta imunodeficiência e o antecedente de linfoma são fatores de risco para o desenvolvimento de HNR. Este caso é notável pela singularidade e o desafio diagnóstico que levantou.

4. OUTRO TIPO DE PÓLIPOS CÓLICOS

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

Serviço Gastreenterologia do Hospital de Braga.

Mulher de 74 anos, assintomática, que realizou colonoscopia de rastreio e foi enviada à consulta de Gastreenterologia por apresentar três lesões polipóides sésseis, de grande dimensão (entre 20 e 40 mm), no cólon direito (cólon transverso, ascendente e cego). Programou-se a realização de polipectomia endoscópica, porém durante o exame constatou-se atipia das lesões (consistência firme, ovaladas), com componente subepitelial aparente, pelo que se procedeu à colheita de biópsias e à realização de ecoendoscopia. As biópsias revelaram envolvimento da mucosa cólica por população linfocítica B, não sendo possível um diagnóstico diferencial entre processo reactivo ou linfoproliferativo. A ecoendoscopia revelou tratar-se de lesões com componente submucoso, com perda de interface com a muscular própria na lesão de maior dimensão no cólon transverso. Perante os achados, optou-se pela exérese da lesão menor no sentido de obter uma melhor caracterização histopatológica. A análise da peça revelou linfoma tipo folicular do cólon com perda de expressão de CD-10 e marcação para bcl-2. Repetiram-se biópsias nas restantes lesões que corroboram o diagnóstico. Após estadiamento com TAC, PET e biópsia de medula óssea, a doente é proposta para quimioterapia combinada. O linfoma folicular é definido como uma neoplasia dos linfócitos B de baixo grau, que se caracteriza pela positividade das células para bcl-2. O linfoma folicular extranodal do cólon é muito raro, e este caso assume particular interesse iconográfico por assumir um padrão de polipose linfomatosa cólica.

5. UMA ETIOLOGIA DIFERENTE DE ICTERÍCIA OBSTRUTIVA

R. Carvalho, P. Freire, F. Portela, P. Andrade, D. Gomes, A. Bento H., Batista, M.A. Cipriano, H. Gouveia, C. Sofia

Serviços de Gastreenterologia, Cirurgia e Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Homem de 68 anos, internado no serviço de Gastreenterologia por quadro de icterícia obstrutiva com uma semana de evolução. Antecedentes de AIT, HTA, bócio multinodular, hábitos etílicos (75 g/dia), ex-fumador (20 UMA), medicado habitualmente com

telmisartan. Ao exame objetivo, para além de icterícia cutânea e das escleróticas, sem outras alterações. Analiticamente apresentava BT 21,3 mg/dL, BD 13,3 mg/dL, TGO e TGP > 10X LSN, GGT 2102 U/L e FA 382 U/L. Elevação do CA 19,9 (229 U/mL), CEA e AFP normais. A Ecografia e TC abdominais revelaram dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. O colédoco distal media 12 mm e apresentava afilamento terminal, sem imagens endoluminais ou espessamento parietal. Sem adenopatias nem outras alterações relevantes nomeadamente hepáticas, pancreáticas ou litíase vesicular. A CPRM evidenciou VBP dilatada (16 mm) terminando de forma abrupta em estenose com morfologia em “cauda de rato”, e achados compatíveis com pâncreas divisum. Perante as hipóteses de ampuloma ou neoplasia da parede duodenal, realizou-se duodenoscopia que mostrou papila de Vater de aspeto normal. Verificou-se melhoria progressiva dos parâmetros de colestase, e o doente teve alta. Efetuou posteriormente CPRE que revelou papila aumentada de volume, dura ao pré-corte (biopsias-duodenite), não se conseguindo obter colangiograma. A Eco-endoscopia mostrou, na ampola, um nódulo hipoecogénico com 8 mm, mantendo-se o colédoco dilatado. Repetiu-se CPRE após 4 semanas continuando a visualizar-se uma papila volumosa, e estenose regular da VBP intra-pancreática com dilatação a montante. Foi colocada uma prótese plástica. Permanecendo a dúvida diagnóstica, optou-se por cirurgia, nomeadamente, duodenopancreatectomia cefálica. O estudo anátomo-patológico revelou a presença de pâncreas ectópico peri-ampular, com sinais de pancreatite periduodenal. Pensamos que o interesse do caso reside na sua raridade, na forma de apresentação atípica e na dificuldade diagnóstica, alertando para um diagnóstico diferencial de icterícia obstrutiva pouco comum, mas que deve ser pensado.

6. PANCREATITE AUTOIMUNE: UM DESAFIO CLÍNICO

P. Salgueiro, R. Magalhães, C. Caetano, R. Marcos-Pinto, J. Ferreira, P. Lago, I. Pedroto,

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Caso clínico: Homem de 59 anos de idade internado por quadro de dor epigástrica, prurido e icterícia com 15 dias de evolução. Estudo analítico: bilirrubina direta 15xN; fosfatase alcalina 3xN; Gama-GT 6xN; glicemia 2,5xN; amilase e lipase normais. Imagiologia: (1) tomografia axial computadorizada abdominal revelou pâncreas de morfologia globosa com atraso difuso na captação do produto de contraste, perda da lobulação habitual e área nodular heterogénea na porção cefálica; (2) colangiografia por ressonância magnética não revelou alterações das vias biliares; (3) ecoendoscopia confirmou a heterogeneidade da região cefalopancreática com esboço de nódulo de 40 mm. Histologia: efetuada citologia aspirativa (guiada por ecoendoscopia) cuja histologia revelou inflamação crónica intensa sem células neoplásicas. Serologia: pedida quantificação das subclasses de IgG constatando-se IgG4 7xN. Foi assumido o diagnóstico de PAI e proposta corticoterapia que o doente recusou. Durante o internamento verificou-se normalização espontânea das enzimas de colestase e, 3 meses após o diagnóstico, o doente permanece assintomático e sem quaisquer alterações analíticas.

Discussão: A pancreatite autoimune (PAI) é a manifestação pancreática de uma doença sistémica rara, cujo diagnóstico assenta em critérios clínicos, serológicos, histológicos e imagiológicos. O principal diagnóstico diferencial é o adenocarcinoma pancreático, hipótese que terá de ser excluída uma vez que são patologias que acarretam prognósticos e terapêuticas completamente distintas. Neste caso, dados como o sexo, idade, sintomatologia, aparecimento de diabetes inaugural e imagiologia típica levantaram a suspeita de PAI confirmando-se o diagnóstico pelo aumento da IgG4 e exclusão de neoplasia pancreática.

7. ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA VIGILÂNCIA DE TUMORES CARCINÓIDES APÓS CIRURGIA

M.J. Magalhães, M. Salgado, M. Saraiva, J. Soares, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Apresenta-se o caso de um homem, 57 anos, sem antecedentes patológicos de relevo. Em 2007, admitido no Serviço de Urgência (SU) por hematoquézias, Hb = 8,2 g/dL, hemodinamicamente estável. Estudo endoscópico (endoscopia digestiva alta e colonoscopia) sem identificação de causa hemorrágica. Durante permanência no SU, novos episódios de hematoquézias, com instabilidade hemodinâmica. Realizada enteroscopia por cápsula que mostrou uma lesão exofítica, de aspecto subepitelial no íleo, com área ulcerada e hemorragia activa. Submetido a laparotomia exploradora: Lesão nodular do estroma, 1,5 cm, com área de mucosa ulcerada aos 70 cm da válvula ileocecal. Sem metástases. Ressecção mesentérica e ileal segmentar. O exame histológico revelou um tumor carcinóide com potencial biológico agressivo. Follow-up com TAC e doseamentos seriados de ácido 5-Hidroxiindolacético (5-HIAA) em urina de 24h e cromogranina A sérica normais, durante três anos. Em 2010, aumento do 5-HIAA e cromogranina A. Cápsula endoscópica mostrou uma lesão subepitelial no íleo médio com 2 cm, levantando a possibilidade de recidiva de tumor carcinóide. A enteroscopia de duplo balão (via oral) identificou, biopsou e tatuou no íleo médio, lesão nodular subepitelial de 2 cm, cuja histologia mostrou, na lâmina própria e mucosa, a presença de neoplasia endócrina bem diferenciada (carcinóide) de padrão insular. A cintigrafia dos receptores da somatostatina revelou hiperfixação do radiofármaco na linha média anterior do abdómen. Submetido a nova enterectomia: histologia da lesão a confirmar tumor carcinóide do delgado, com invasão focal da parede muscular. Os tumores carcinóides são os tumores neuroendócrinos do tracto gastrointestinal mais comuns, localizando-se mais frequentemente no intestino delgado. A videocápsula tem uma elevada acuidade diagnóstica para a identificação de carcinóides primários intestinais (45%), que escapam, por vezes, a outros métodos diagnósticos. Pretende-se uma discussão acerca do lugar da cápsula endoscópica na vigilância de tumores do delgado, apresentando-se iconografia de cápsula, enteroscopia, peça operatória e histologia.

Vídeos II

30 junho 2012, 09:30-11:00, Sala Arrábida

1. AMPULECTOMIA E MUCOSECTOMIA DO DUODENO

R. Carvalho¹, P. Amaro¹, R. Cardoso¹, D. Gomes¹, C. Carvalho² J., Leite², H. Gouveia¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Doente do sexo feminino, de 33 anos, com antecedentes de polipose cólica associada a mutação MYH. Em 2009 foi submetida a colectomia total com proctectomia parcial (anastomose ileo-retal), revelando o estudo anátomo-patológico um adenocarcinoma do

colón sigmoide (T2N0M0), associado a 39 adenomas e 11 pólipos hiperplásicos dispersos. Realizou posteriormente uma Endoscopia digestiva alta na qual foram identificadas, no duodeno, uma lesão polipóide sésil com 7 mm na ampola, uma lesão polipóide sésil com 20 mm em posição distal à papila, e 4 outros pequenos pólipos sésseis duodenais. O vídeo apresentado mostra a ampulectomia e a mucosectomia da maior lesão duodenal efetuadas na mesma sessão endoscópica. Este vídeo pretende realçar a importância do despiste de lesões duodenais nos doentes com polipose associada a mutação MYH, e a possibilidade (e demonstração) da terapêutica endoscópica.

2. TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA CIRÚRGICA GRAVE COM CLIP OTS: UMA VARIANTE DA TÉCNICA

T. Correia, P. Amaro, A. Oliveira, A.G. Duque, H. Gouveia, C. Sofia,
Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O *over-the-scope-clip* (OTSC) é um dispositivo endoscópico de introdução recente na prática clínica com aplicação na hemostase, encerramento de perfurações/deiscências e em NOTES. Os autores apresentam uma variação da técnica de encerramento de uma deiscência pós-cirúrgica.

Caso clínico: Homem de 71 anos com adenocarcinoma do corpo gástrico (T3N2M1) sujeito a gastrectomia total com esófago-jejunoestomia com ansa em Y-de-Roux. A ocorrência de dor abdominal e dispneia 10 dias após a intervenção conduziu à identificação por TC de duas coleções líquidas retro-pancreáticas, a maior com 11cm. Durante o mês seguinte, manteve-se estável e assintomático sem tratamento específico, realizando duas avaliações tomográficas que mostravam persistência dos achados prévios. Após esse período, desenvolve quadro súbito de dispneia, hemoptises e elevação dos parâmetros inflamatórios devido a deiscência cirúrgica, evidente em nova TC e trânsito baritado, com trajecto transdiafragmático ligando as coleções abdominais a abscesso pulmonar com fistula para a árvore brônquica. Do ponto de vista endoscópico, confirmou-se deiscência do encerramento da ansa cega do Y-de-Roux, identificando-se orifício fistuloso de grande calibre. Apesar de antibiótoterapia múltipla de largo espectro e drenagem externa, assistiu-se a deterioração clínica progressiva por sépsis grave com instabilidade hemodinâmica e respiratória, contraindicando uma abordagem cirúrgica. Optou-se, neste contexto, pela tentativa de resolução endoscópica, tendo sido equacionadas a aplicação de colas ou a colocação de *endoclips*, recaindo a escolha na última opção nomeadamente no OTSC. Por não se conseguir aspirar/traccionar o orifício fistuloso para o interior do dispositivo (a técnica convencional descrita para o efeito) optou-se por aspirar toda a circunferência luminal de mucosa normal a montante do orifício, colocando aí o OTSC e criando um novo encerramento da ansa. A resposta clínica imediata foi extremamente favorável, comprovada pela resolução do processo supurativo abdominal e fistulização para a árvore respiratória, mantida durante seguimento de 7 meses.

3. ENDOLAPAROSCOPIA COMBINADA NO TRATAMENTO CURATIVO MINIMAMENTE INVASIVO DE GIST GÁSTRICOS

H.T. Sousa¹, E. Amorim², B. Peixe³, L. Contente¹, M. Americano²

¹Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), EPE. ²Serviço de Cirurgia, CHBA, EPE. ³Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Faro, EPE.

A ressecção laparoscópica segmentar e com margens mínimas constitui o método de eleição do tratamento curativo dos GIST

gástricos localizados, permanecendo controversa a sua aplicação no tratamento de tumores > 5 cm, com crescimento endoluminal e nos localizados na parede gástrica posterior, antro pré-pilórico e cárdia. A técnica de endolaparoscopia combinada (ELC) envolve a conjugação da técnica cirúrgica laparoscópica com endoscopia digestiva. A apresentação ao cirurgião de uma nova óptica - a visão endoluminal do órgão a intervencionar - permite uma melhor localização do tumor, exposição e delimitação dos limites da lesão, ajudando na escolha da técnica cirúrgica e facilitando a ressecção com margens mínimas mantendo a integridade capsular da mesma. A utilização de ELC permite, assim, a expansão da indicação para ressecção laparoscópica dos GIST gástricos, ao permitir uma abordagem minimamente invasiva em segurança das lesões da parede gástrica posterior bem como das lesões próximas do piloro e cárdia, independentemente das dimensões. Os autores apresentam iconografia vídeo demonstrativa das vantagens da aplicação da técnica de ELC na ressecção curativa minimamente invasiva de 3 GIST gástricos. Apresentam-se 2 casos de ressecção segmentar extra-gástrica, um de uma lesão de 30 mm da grande curvatura do corpo baixo e outro de uma lesão de 80 mm justa-cárdica; e 1 caso de ressecção segmentar trans-gástrica de uma lesão de 40 mm da face posterior do antro gástrico - os 2 últimos ilustrando a exequibilidade da terapêutica minimamente invasiva em lesões de grandes dimensões e/ou em localizações desfavoráveis.

4. TRATEMOS DE DIVERTÍCULO DE ZENKER

A. Lagos, R. Rio-Tinto, J. Canena, B. Neves

Serviço de Gastreenterologia-Hospital Pulido Valente Serviço de Gastreenterologia-Hospital dos Capuchos.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de um doente de 77 anos com disfagia com 6 meses de evolução. Da investigação etiológica, salienta-se endoscopia digestiva alta (EDA) e trânsito esófago-gástrico que revelaram a presença de divertículo de Zenker com cerca de 4 cm. Por agravamento progressivo da disfagia, acompanhada de regurgitação de alimentos sólidos e episódios de dispneia nocturna, decidiu-se efectuar diverticulotomia endoscópica. O procedimento foi realizado sob antibiótoterapia profiláctica e sedação profunda, com apoio anestésico. A miotomia do músculo cricofaríngeo com faca pré-corte foi realizada após exposição do septo diverticular através de diverticuloscópio e seguida da aplicação de 3 hemoclips na base do septo. Não se registaram complicações durante e após o procedimento. A alimentação oral foi instituída após 24h. Registou-se resolução da disfagia ao fim da primeira semana e o doente permanece assintomático ao fim de 4 meses de seguimento. A EDA e trânsito esófago-gástrico de controlo mostram o colapso do divertículo com redução acentuada das suas dimensões. O caso é ilustrado com vídeo.

Discussão: Nos últimos anos, a terapêutica endoscópica do divertículo de Zenker surgiu como uma alternativa minimamente invasiva à cirurgia. A miotomia endoscópica do septo diverticular de Zenker, após exposição do mesmo com diverticuloscópio, é uma técnica segura e eficaz.

5. TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE FISTULA ESÓFAGO-PLEURAL BENINGA

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

Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 79 anos, sexo feminino, submetida a colecistectomia laparoscópica electiva,

sem aparentes intercorrências imediatas, na sequência da qual desenvolveu quando clínico e imagiológico compatível com empiema e fistula esôfago-pleural, confirmada e caracterizada por tomografia computadorizada, e provavelmente causada pela colocação traumática de sonda naso-gástrica durante o procedimento cirúrgico. Neste contexto foi realizada endoscopia digestiva que observou pequeno orifício fistuloso com abundante drenagem purulenta aos 25 cm da arcada dentária, tendo sido aplicados endoclips, com aparente encerramento do orifício. A doente permaneceu internada, sob antibióterapia e com drenagem torácica, com melhoria clínica e radiológica inicial, no entanto com recidiva do trajecto fistuloso cerca de 8 semanas depois. Optou-se pela colocação de prótese esofágica parcialmente coberta (Ultraflex 18 mm x 12 cm), cujo topo proximal ficou aos 17 cm da arcada dentária (esfíncter esofágico superior aos 15 cm). Cerca de 4 semanas depois, foi pedida pela equipa de cirurgia a extração da prótese devido a desconforto esofágico progressivo referido pela doente. O topo proximal da prótese foi facilmente destacado, no entanto no topo distal, devido à presença de tecido de granulação, não foi possível destacar a prótese e optou-se pela aplicação de árgon-plasma no tecido de granulação. Três dias depois, com o auxílio de pinça de corpos estranhos e ansa de polipectomia foi possível destacar a prótese seguida da sua extracção completa. Nesta altura observou-se na área correspondente ao orifício fistuloso, uma zona de mucosa deprimida, mas sem orifício ou drenagem activa. Os autores apresentam vídeo do procedimento, com destaque para invulgaridade das imagens da drenagem purulenta do orifício e a sua rápida interrupção após aplicação dos clips hemostáticos, assim como o procedimento de extração da prótese e o efeito do árgon-plasma no tecido de granulação que facilitou a sua remoção.

6. A ENTEROSCOPIA TERAPÊUTICA NO SÍNDROME PEUTZ-JEGHERS

M. Marques¹, H. Cardoso¹, M. Velosa², A. Ribeiro¹, R. Ramalho¹, G. Macedo¹

¹Serviço Gastreenterologia, Hospital São João, Porto. ²Serviço Gastreenterologia, Hospital do Funchal.

Introdução: O síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é uma doença autossómica dominante, resultante duma mutação (STK-11) do cromossoma 19. Caracteriza-se pela presença de lesões pigmentadas dos lábios e da mucosa bucal, e por múltiplos pólipos hamartomatosos gastrointestinais: intestino delgado (ID) (65-95%), cólon (60%) e no estômago (50%). Os doentes com SPJ tendem a desenvolver episódios recorrentes de intussuscepção, obstrução e hemorragia, necessitando de intervenção cirúrgica. A enteroscopia permite a ressecção de pólipos do ID e assim reduzir a necessidade de cirurgia. Apresentamos o caso de um doente do género masculino, de 36 anos, com diagnóstico de SPJ, submetido já a 2 enterectomias por episódios oclusivos. No seguimento deste doente foi realizada cápsula endoscópica, que mostrou 2 pólipos grandes, localizados aparentemente no jejuno proximal/médio. Mostramos o vídeo da enteroscopia anterógrada assistida por balão simples, onde se identificou uma anastomose complexa e vários pólipos sésseis e pediculados. Foram removidos 3 pólipos pediculados de grandes dimensões, com ansa diatérmica, após colocação de hemoclips e injeção de adrenalina, um deles com hemorragia pós-polipectomia.

Conclusões: No SPJ, a enteroscopia por videocápsula deve ser usada para rastreio de pólipos do ID. Nos doentes sintomáticos ou no caso de pólipos clinicamente relevantes, a enteroscopia assistida por balão deve ser considerada o método de primeira escolha.

7. OCLUSÃO INTESTINAL POR DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA DO JEJUNO

C. Fernandes, T. Pinto Pais, I. Ribeiro, R. Pinho, A. Rodrigues, J. Fraga

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho.

Os linfomas não-Hodgkin são os mais frequentes, estimando-se que constituam cerca de 85% dos casos. Os linfomas foliculares assumem-se como segundo tipo mais frequente de linfoma não-Hodgkin. Apesar de poderem envolver qualquer órgão, a sua localização no tubo digestivo é rara. Os autores apresentam um caso dum doente, sexo masculino, de 44 anos de idade, sem antecedentes patológicos relevantes, que é referenciado ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal tipo cólica peri-umbilical, vômitos de conteúdo biliar e ausência de emissão de gases ou fezes com cerca de 3 dias de evolução. À observação clínica apenas a destacar abdómen distendido, timpânico, doloroso à palpação mas sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente apenas a salientar leucocitose (19.520/uL (89,9% Neutrófilos). Realizou TC abdominal que revelou espessamento parietal concêntrico de segmento jejunal numa extensão de cerca de 10 cm com distensão das ansas a montante. Neste contexto realiza enteroscopia de mono-balão, progredindo-se até ao jejuno proximal onde se observou áreas de mucosa nodular, de aspeto infiltrativo com antigimento descontínuo, por vezes assumindo aspecto polipóide. Efectuadas biopsias (para histologia e imunofenotipagem): mucosa jejunal de córion expandido por células linfóides, de células pequenas de núcleo irregular, com pequeno componente de células de tamanho maior; imunohistoquímica/fenotipagem: CD5 -, CD10 +, CD19+, CD20 +, CD79b +, FMC7 +, CD 43 -, bcl-2 +, obtendo-se o diagnóstico de linfoma folicular. Apesar de raro, o envolvimento extranodal dos linfomas foliculares pode-se apresentar por quadros clínicos graves. A enteroscopia assume-se como exame diagnóstico essencial no caso de doença linfoproliferativa do jejuno. Os autores apresentam iconografia (em vídeo) respetiva.

8. FÍSTULA COLECISTO-DUODENAL IDENTIFICADA POR ECOENDOSCOPIA

M. Velosa^{1,2}, S. Lopes², F. Magro², G. Macedo²

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital Dr. Nélcio Mendonça.

²Serviço de Gastreenterologia, Hospital S. João.

Caso clínico: Homem de 58 anos de idade, com doença de Crohn com atingimento cólico, peri-anal e manifestações articulares, medicado com infliximab 5 mg/kg 8-8 semanas e azatioprina 100 mg/dia, com história de litíase da vesícula biliar e colecistite prévia. Apresentava dor abdominal que exacerbava com alimentação e emagrecimento de 14 kg em 6 meses. A endoscopia digestiva alta evidenciou lesão exofítica, coberta por mucosa normal, na parede anterior do bolbo, com área central erosionada. Realizou TC abdominal que revelou vesícula em porcelana, com ar no interior e espessamento do bolbo duodenal. A ecoendoscopia alta com instilação de polietilenoglicol no lúmen bulbar revelou trajecto fistuloso colecisto-duodenal.

Discussão: Este caso ilustra o interesse do uso da ecoendoscopia com contraste ecográfico, neste caso o polietilenoglicol, para a detecção de fístulas.

Endoscopia II

30 junho 2012, 11:30-13:00, Sala Infante

1. DILATAÇÃO PNEUMÁTICA NA ACALÁSIA: EFICÁCIA A LONGO PRAZO

C. Graça Rodrigues, A.M.Oliveira, L. Ricardo, L. Santos, E. Pires, J. Ramos Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A dilatação pneumática continua a ser uma terapêutica médica válida nos doentes com acalásia. No entanto, os estudos que avaliam a evolução dos doentes submetidos a este procedimento revelam resultados variáveis.

Objectivo: Avaliar a eficácia a longo prazo da dilatação pneumática na acalásia primária.

Métodos: Procedeu-se à análise retrospectiva dos dados dos doentes com acalásia primária (diagnóstico confirmado por manometria) submetidos a dilatação pneumática no nosso centro. A dilatação pneumática foi realizada até se alcançar uma remissão clínica estável, definida pelo score de Eckardt ≤ 3 durante pelo menos 12 meses, e subsequentemente na presença de recorrência sintomática (score de Eckardt > 3). Foram utilizados balões de polietileno Rigidflex 30 mm no primeiro procedimento e 35 mm e 40 mm nos procedimentos subsequentes.

Resultados: Foram incluídos 46 ($n = 46$) doentes, 19 do sexo masculino (41,3%), com uma idade média de 56,4 anos (14-90). O seguimento médio foi de 64,8 meses (15-231). Três doentes faleceram por motivos não relacionados com a acalásia. Remissão clínica foi alcançada em 45 doentes (97,8%), com uma média de 1,1 dilatações por doente (1-2). Destes, 19 (42,2%) apresentaram recorrência dos sintomas após 47,8 meses (13-167); em 16 casos foi necessário apenas uma dilatação pneumática adicional. Não se verificaram complicações major, nomeadamente hemorragia ou perfuração.

Conclusões: Na nossa população, quarenta e dois por cento dos doentes com acalásia primária tratados com dilatação pneumática apresentaram recorrência sintomática. No entanto, remissão a longo prazo pôde ser alcançada em quase todos os doentes através de procedimentos repetidos de dilatação pneumática, segundo uma estratégia “on-demand” baseada na recorrência sintomática. Além de eficaz, a dilatação pneumática revelou-se um tratamento seguro.

2. FACTORES PREDITIVOS DE EXAMES INCOMPLETOS NA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA

P. Boal Carvalho, B.J. Rosa, M.J. Moreira, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave.

Introdução e objectivo: A videocápsula endoscópica (VCE) é um exame eficaz no estudo de lesões do intestino delgado. O não atingimento do cego limita a acuidade diagnóstica desta técnica. O objectivo deste trabalho foi a identificação de factores associados a uma observação incompleta do intestino delgado (OID) ou a um tempo de trânsito do intestino delgado (TTID) mais prolongado.

Métodos: Foram incluídos 384 doentes submetidos consecutivamente a VCE no nosso hospital entre 2006 e 2011 e analisados no referente ao sexo, idade, internamento e motivo de realização do exame. Foram utilizados os seguintes testes estatísticos: chi-quadrado, regressão linear e t-Student.

Resultados: A idade dos doentes variou entre os 14 e os 91 anos (média = 51 anos), 60% eram mulheres; 13% estavam internados. A indicação para realização de VCE foi anemia ferropénica em 44% dos doentes, hemorragia digestiva de causa obscura em 22%, suspeita e estadiamento de doença inflamatória intestinal em 23% e 9% dos casos, respectivamente. Apenas 10% realizaram VCE por outros motivos. A maioria das VCE (83%) atingiram o cego (média = 5h00). Verificou-se uma associação significativa entre o internamento e a OID ($p = 0,016$). Não foram observadas diferenças significativas entre os diferentes sexos, grupos etários ou as indicações para a realização de VCE e a OID. Existe uma correlação directa entre a idade e o TTID ($R = 0,133$; $p = 0,019$). Não foi observada associação entre o TTID e os restantes parâmetros estudados.

Conclusões: Na nossa série o internamento foi um preditor significativo da observação incompleta do intestino delgado, e a idade correlacionou-se directa e significativamente com o tempo de trânsito do intestino delgado. Verificou-se ainda uma tendência no sentido de associação entre o sexo masculino e uma observação incompleta do intestino delgado pela videocápsula endoscópica. Consideramos que as condições da realização de enteroscopia por cápsula em indivíduos internados deverão ser optimizadas.

3. COLANGIOSCOPIA DIRECTA: REVISÃO DE 5 EXAMES

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

Introdução e objectivo: A colangioscopia permite a visualização directa do aparelho biliar. A abordagem “mother-baby scope” tem sido a técnica mais frequentemente utilizada. Entre outras limitações, é um procedimento que requer dois executantes. A colangioscopia peroral directa é um sistema executante único, com imagem melhorada e que alarga as potencialidades diagnósticas e terapêuticas da colangioscopia. Aplica-se no estudo de estenoses indeterminadas e de defeitos de preenchimento da via biliar principal (VBP), no tratamento de cálculos difíceis e no estadiamento e tratamento de neoplasias das vias biliares. Apresentam-se cinco colangioscopias directas que ilustram algumas dessas aplicações clínicas.

Métodos: Realizou-se CPRE prévia em todos os doentes, com esfínterectomia (12 mm) e/ou dilatação com balão TTS, insuflado até 12-15 mm de diâmetro. Posteriormente, foi utilizado um endoscópio ultra-fino (Olympus GIF-XP260) ou pediátrico (Olympus GIF-P140). No acesso, foram utilizados o método de “Hook-and-Pull”, fio guia e o balão de ancoragem.

Resultados: A colangioscopia directa, nestes casos, alcançou os objectivos pretendidos. Dois doentes apresentavam uma estenose indeterminada da VBP, tendo-se realizado biópsias sob visualização directa. Num deles, obteve-se o diagnóstico de colangiocarcinoma; no outro, a histologia foi negativa para células neoplásicas. Numa segunda colangioscopia, as biópsias mantiveram-se negativas (estenose inflamatória benigna). Dois exames foram realizados para verificação da remoção completa de cálculos, que se verificou num deles; no outro, observou-se um cálculo residual, removido com cesto Dormia sob visualização directa. Registou-se uma complicação: perfuração da vesícula biliar.

Conclusões: Nos casos descritos, a colangioscopia directa utilizando um endoscópio ultra-fino ou pediátrico, revelou ser um método eficaz no diagnóstico e tratamento de patologia biliar. Parece-nos importante o desenvolvimento de novos aparelhos/acessórios que melhorem o acesso e manuseio na via biliar, uma vez que estas foram as principais dificuldades encontradas.

4. MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA DE LESÕES DO CÓLON - AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA E EFICÁCIA

M. Eusébio¹, A. Ramos¹, A.L. Sousa¹, A.G. Antunes¹, A. Martins², P. Caldeira¹, H. Guerreiro¹

¹*Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Faro, EPE.*

²*Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve.*

Introdução: A mucosectomia permite a excisão de lesões sésseis/planas do tubo digestivo, potencialmente malignas, sendo minimamente invasiva e associada a reduzida morbilidade e mortalidade. Objectivo: avaliar a eficácia e a segurança da mucosectomia e os factores que possam indicar o seu sucesso.

Métodos: Análise retrospectiva de mucosectomias do cólon realizadas entre Janeiro de 2008 e Setembro de 2011. Avaliámos: características dos doentes, das lesões e da técnica realizada; complicações e follow-up. Considerou-se ressecção eficaz: ausência de tecido adenomatoso na colonoscopia de seguimento, sem necessidade de cirurgia e na ausência de complicação fatal.

Resultados: Incluídas 169 lesões, 58,6% correspondentes a doentes do sexo masculino, idade média de 69 ± 9 anos. 40,8% das lesões localizavam-se no recto e transição recto-sigmoideia, 39% tinham entre 1 e 2 cm e 72,8% eram procidentes sésseis. Adenomas foram identificados em 78,1% (tubulares em 56,6% e com displasia de baixo grau em 79,7%) e adenocarcinomas em 8,9% (75% bem diferenciados). Ressecção inicial: sessão única em 98,8%, completa em 82,9%, piecemeal em 53,8% e complementada por outra técnica em 23,7% dos casos. Complicações em 6 (3,6%) casos: 2 hemorragias imediatas (tratamento endoscópico), 2 hemorragias tardias (internamento e suporte transfusional), um síndrome pós-polipectomia e um caso de perfuração fatal. O follow-up médio foi de $13,39 \pm 9,45$ meses. A eficácia, avaliável em 103 lesões, foi de 81,6% (cirurgia efectuada em 11,7%). Maior tamanho da lesão ($t = 2,590$; $p = 0,011$), presença de adenocarcinoma ($\chi^2 = 16,127$; $p = 0,000$) e percepção de ressecção incompleta inicial ($\chi^2 = 18,758$; $p = 0,000$) foram os factores associados a menor taxa de eficácia. Lesões da sigmóide apresentaram menor percentagem de eficácia do que as restantes (correlação marginal $\chi^2 = 7,150$; $p = 0,067$).

Conclusões: A mucosectomia é uma técnica segura, associada a baixo risco de complicações, e eficaz. A percepção de uma ressecção completa no momento do procedimento, seja por técnica em bloco ou em piecemeal, é um importante determinante do seu sucesso terapêutico.

5. MUCOSECTOMIA DE GRANDES PÓLIPOS DO CÓLON: ESTUDO PROSPETIVO

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

Serviço de Gastrenterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

Introdução: A mucosectomia cólica (MC) é uma técnica importante no tratamento de grandes pólipos sésseis e planos, podendo na maioria dos casos evitar a cirurgia.

Objectivo: Avaliar prospetivamente as taxas de sucesso, recidiva e complicações das mucosectomias do cólon.

Métodos: Estudo prospetivo de Junho/2008 a Novembro/2011 em doentes que realizaram mucosectomia de pólipos cólicos maiores que 20 mm, com follow-up (FU) mínimo de 3 meses. Utilizada a técnica de elevação por injeção, corte com ansa e fulguração com Árgon (APC). Analisou-se taxa de complicações e recidiva aos 3, 12 e 36 meses. Análise estatística com regressão logística.

Resultados: Realizadas 71 MC em 69 doentes (55% homens, idade média $65,7 \pm 10,7$ anos). Tempo médio de FU $13 \pm 8,7$

meses. Tamanho médio dos pólipos $32,1 \pm 13,3$ mm, 65% sésseis e 35% localizados no reto. Removidos em uma sessão 88%, ressecção fragmentada em 86% e aplicado APC em 75%. Ocorreram complicações em 7%: 3 hemorragias tardias (4,2%), tratadas endoscopicamente, um síndrome pós-polipectomia (1,4%) e uma perfuração (1,4%) resolvida através de encerramento com Clips. A análise histológica revelou displasia de baixo grau em 51%, alto grau em 37%, carcinoma intra-mucoso em 11% e carcinoma invasivo em 1%. O caso de carcinoma invasivo foi referenciado para cirurgia. Verificaram-se taxas de recidiva de 23% aos 3M (16/70), 11,3% aos 12M (6/53) e 0% aos 36M (0/7). Por regressão, na recidiva aos 3M revelaram-se significativos a aplicação de APC, OR 0,16 (0,02-1,4) e a localização justa-anal, OR 7,2 (1,4-36,9). Aos 12M a localização justa-anal foi o fator com maior relevância: OR 10,8 (1,6-71,9).

Conclusões: A MC é um procedimento seguro, com baixa taxa de complicações resolvidas medicamente. Verificou-se uma taxa de recidiva aceitável aos 12M, sendo o fator mais relevante a localização justa-anal. Todos os casos de recidiva estão sem lesão e sem necessidade de cirurgia.

6. EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA COM ÁRGON-PLASMA POR ENTEROSCOPIA DE MONO-BALÃO EM DOENTES COM ANGIECTASIAS DO DELGADO

C. Fernandes, R. Pinho, A. Rodrigues, T. Pinto Pais, I. Ribeiro, J. Silva, J. Fraga

Serviço DE Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/ Espinho.

Introdução: As angiectasias do delgado assumem-se como causa mais frequente de hemorragia digestiva média. A coagulação com árgon-plasma (APC) através de enteroscopia assistida por dispositivo tem-se revelado uma opção terapêutica eficaz e com baixa taxa de complicações. No entanto, existe habitualmente uma pequena percentagem de doentes que não melhora com a terapêutica.

Objectivo: Avaliar a eficácia da terapêutica com árgon-plasma por enteroscopia de mono-balão em doentes com hemorragia digestiva média por angiectasias.

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, de todos os doentes submetidos a enteroscopia de mono-balão com terapêutica com APC em angiectasias do delgado, entre Janeiro 2010 e Outubro 2011. Avaliado o número de unidades de glóbulos vermelhos (GV) e a quantidade de ferro EV (mg) realizadas nos 5 meses anteriores e posteriores à enteroscopia. Avaliadas ainda as complicações associadas ao exame.

Resultados: Realizadas 21 enteroscopias de mono-balão em 17 doentes (82,4% sexo masculino, idade média $64,4 \pm 14,5$ anos). Em 23,5% dos doentes observadas angiectasias com hemorragia activa aquando da terapêutica com APC. 75% dos doentes realizaram transfusões de GV no 5 meses anteriores (mediana: 6 unidades) contra apenas 37,5% no período após enteroscopia (mediana: 6 unidades); Três doentes realizaram apenas ferro EV previamente ao exame (mediana: 600 mg) contra apenas um no período após exame (600 mg). Em apenas 18,8% dos doentes foi necessário maior suporte transfusional no período após exame. Como complicação registou-se apenas um caso de síndrome de queimadura transmural, com boa evolução.

Conclusões: Após terapêutica com APC verificou-se 1) diminuição do número de doentes com necessidade de suporte transfusional; 2) redução global da necessidade de transfusões de GV e de terapêutica com ferro EV; 3) reduzida taxa de complicações; 4) reduzido número de doentes com maior necessidade de suporte transfusional.

7. RESOLUÇÃO DURANTE O RESTO DA VIDA DOS DOENTES DA OBSTRUÇÃO MALIGNA COLO-RECTAL APÓS COLOCAÇÃO PALIATIVA DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS

I. Marques, J. Canena, M. Liberato, C. Rodrigues, A. Lagos, S. Patrocínio, M. Tomé, E. Pires, D. Horta, C. Romão, A. Coutinho, B. Neves, J. Deus, H. Além, J. Gonçalves

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente CHLN. Centro de Gastreenterologia, Hospital Cuf Infante Santo. Serviço de Gastreenterologia, Hospital Prof Dr Fernando Fonseca. Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo.

Introdução e objectivo: As próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) são usadas na palição definitiva da obstrução maligna colo-rectal em doentes incuráveis. Existem dados contraditórios sobre o valor das PMAE na palição. Este estudo avaliou as vantagens clínicas da colocação de PMAE até à morte em doentes com obstrução maligna colo-rectal e potenciais factores associados à patência das próteses, sucesso clínico e complicações.

Métodos: Estudo retrospectivo, multicêntrico, de 98 doentes seguidos até a morte, após colocação de PMAE para o tratamento paliativo da obstrução maligna colo-rectal. Analisaram-se a melhoria imediata e definitiva dos sintomas obstrutivos, sucesso técnico, patência das próteses, complicações, reintervenções, sobrevida e factores de prognóstico associados à patência das próteses e eficácia clínica e factores de risco para complicações.

Resultados: O sucesso técnico e clínico imediato foi obtido em 95,9% e 90,8% dos doentes, respectivamente. Um total de 74/98 doentes (75,5%) resolveram os sintomas obstrutivos até à morte sem qualquer reintervenção. Registaram-se complicações em 23 doentes (23,5%), incluindo perfuração (n = 5, 5,1%), obstrução maligna da PMAE (n = 10, 10,2%), migração (n = 5, 5,1%) e hemorragia (n = 3, 3,1%). A sobrevida média da população e a patência média das próteses foram 116,6 e 319 dias respectivamente. As análises univariada e multivariada não detectaram factores significativamente associados com a patência das próteses, a eficácia clínica a longo prazo e complicações. Contudo um modelo de regressão logística multivariado detectou uma tendência não significativa pelo qual um diâmetro de uma PMAE ≤ 22 mm estava associado a uma menor eficácia clínica a longo prazo (OR = 2,54; p = 0,06) e o uso de quimioterapia é um factor de risco para migração (OR = 11,89; p = 0,06).

Conclusões: A utilização de PMAE na palição definitiva da obstrução maligna colo-rectal permite a resolução do problema em cerca de 3/4 dos doentes sem reintervenção. O procedimento está associado a valores aceitáveis de morbilidade e reintervenção, e a uma mortalidade mínima.

8. AVALIAÇÃO PROSPETIVA DAS COMPLICAÇÕES DA POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA NO CÓLON

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

Serviço de Gastreenterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

Introdução: A polipectomia endoscópica do cólon diminui a morbilidade e mortalidade do cancro colo-rectal. As complicações mais frequentes são a hemorragia e perfuração, ocorrendo respetivamente, em 2% e 0,3% (sendo superior nas mucossectomias).

Objectivo: Avaliar a taxa de complicações da polipectomia endoscópica do cólon.

Métodos: Estudo prospetivo durante 24 meses, incluindo doentes submetidos a polipectomia e avaliados em consulta com preenchimento de folha específica de registo de complicações.

Avaliada taxa de complicações e factores de risco. Análise estatística com testes t de Student, Exato de Fisher e Regressão Logística.

Resultados: Incluídas 1.334 polipectomias com ansa (5,3% mucossectomias) em 657 doentes (64 $\pm$ 11 anos, 70% homens). Tempo médio de consulta após polipectomia: 42 $\pm$ 21 dias. Tamanho médio dos pólipos 8,7 $\pm$ 6,9 mm, 66% localizados no cólon esquerdo e 72% sésseis. Taxa global de complicações por pólipo de 1,9% (polipectomia: 1,4% - 18/1263; mucossectomia: 11,3% - 8/71). Hemorragia: 1,5% (10 - hemorragia imediata debelada durante procedimento; 10 - hemorragia tardia); síndrome pós-polipectomia: 0,2%; perfuração: 0,1%; dor abdominal: 0,1%. Necessidade de internamento em 12 (1,8%) doentes, duração média de 3,8 $\pm$ 1,8 dias. Complicações tardias ocorreram em média 3,5 $\pm$ 3,2 dias após procedimento. Dos 10 casos de hemorragia tardia: hemostase endoscópica - 6; transfusão de sangue - 3. A probabilidade de hemorragia tardia aumentou com o tamanho do pólipo (22,8 $\pm$ 4 mm vs 8,6 $\pm$ 0,2, p = 0,006), foi maior nos pólipos sésseis (0,8% vs 0,5%, p = 0,4), do cólon esquerdo (0,9% vs 0,4%, p = 0,3) e nos doentes medicados com enoxaparina (2,2% vs 0,6%, p = 0,2). Por regressão, apenas o tamanho atingiu significado estatístico, OR 1,09 (IC 95%: 1,05-1,1). Todas as complicações tratadas sem cirurgia.

Conclusões: Verificámos uma taxa de complicações por pólipo semelhante à descrita em séries internacionais, e superior se técnica de mucossectomia. Salienta-se que todas as complicações foram tratadas sem necessidade de cirurgia, sem consequências adversas permanentes nem nenhum caso mortal.

Fígado II

30 junho 2012, 11:30-13:00, Sala D. Maria

1. EVOLUÇÃO DA FUNÇÃO RENAL EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE ALAGILLE ANTES E APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO

I. Pinto Pais^{1,2}, X. Stéphenne², U. Alak², N. Godefroid², F. Fusaro², C. de Magnée², M. Janssens², F. Smets², R. Reding², E. Sokal²

¹Centro Hospitalar Gaia Espinho. ²Université Catholique de Louvain, Cliniques Universitaires Saint Luc, Institut de Recherche expérimentale et clinique, Bruxelas, Bélgica.

Introdução: A síndrome de Alagille (SA) é uma patologia complexa com atingimento multissistémico. A doença hepática, variando de alterações bioquímicas a doença hepática terminal, é uma causa significativa de transplante hepático (TRH) em crianças. Várias publicações descrevem a associação entre anomalias renais e SA.

Objectivo: Avaliar a evolução da função renal em pacientes com SA e o impacto do transplante hepático no desenvolvimento renal.

Métodos: Estudo retrospectivo de 39 crianças com SA (30 TRH, 9 sem TRH), tendo estas sido estratificadas segundo a evolução renal, após um período mínimo de seguimento de 2 anos.

Resultados: Inicialmente 25/38 pacientes tinham disfunção renal (taxa de filtração glomerular < 90 mL/1,73 m²) e 18/37 apresentavam alterações estruturais a nível das ecografias renais. Na última avaliação disponível, 9/29 apresentavam disfunção renal e 11/19 alterações estruturais. Verificou-se uma tendência para a

estabilidade estrutural, definida como achados ecográficos normais ou anormais ($p < 0,05$). Numa análise monovariável, a bilirrubina total > 11 mg/dL e a bilirrubina direta > 7 mg/dL foram variáveis preditivas de disfunção renal estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Não houve diferenças significativas na evolução renal entre os pacientes transplantados e não transplantados.

Conclusões: A colestase está associada à doença renal. Disfunção renal e alterações estruturais ecográficas são frequentes em pacientes com SA e não evoluem significativamente ao longo do tempo, tanto em pacientes TRH como não TRH. No nosso estudo, o prognóstico renal a curto prazo manteve-se comparável entre os subgrupos de pacientes transplantados e não transplantados. Contudo, os efeitos a longo prazo da terapêutica imunossupressora na evolução renal permanecem incertos.

2. FERRITINA SÉRICA COMO MARCADOR DE FIBROSE NA ESTATO-HEPATITE NÃO-ALCOOLICA

T. Pinto- Pais, C. Fernandes, S. Ribeiro, J. Silva, S. Fernandes, A.P. Silva, S. Leite, L. Alberto, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

Introdução: A Esteato-hepatite Não Alcoólica (NASH) é atualmente reconhecida como uma das causas mais frequentes de doença hepática. Os valores de ferritina sérica estão frequentemente elevados no síndrome metabólico, traduzindo inflamação sistêmica e/ou aumento das reservas hepáticas de ferro.

Objectivo: Avaliar a relação entre a elevação da Ferritina plasmática e a gravidade histológica na NASH.

Métodos: Análise retrospectiva dos pacientes com NASH definida histologicamente, seguidos na consulta de Hepatologia entre 2007 e 2011. Recolhido dados demográficos, clínicos e analíticos. Efetuada determinação da ferritina plasmática nos 6 meses prévios à biópsia. Considerou-se Ferritina aumentada quando $1,5 \times$ limite superior do normal (> 300 ng/mL nas mulheres, > 450 ng/mL nos homens, baseado Hemochromatosis and Iron Overload Screen Study). Realizada classificação histológica quanto ao grau de fibrose, esteatose e siderose. Determinou-se o Ferro hepático por espectrofotometria de absorção atômica. Quantificados os parâmetros séricos de transaminases, plaquetas, cinética do ferro, colesterol total/LDL/HDL, triglicerídeos, glicose em jejum, Hemoglobina A1c e glicosilada, e calculado Índice de Resistência à insulina (HOMA).

Resultados: Foram Incluídos 86 pacientes no período estudado, idade média de 47,8 anos (18-86), 63% do sexo masculino. Verificou-se uma associação significativa entre a Ferritina aumentada e o grau de fibrose ($p < 0,001$), não se verificando associação com a esteatose e atividade necroinflamatória. O aumento da ferritina associou-se a aumento do Ferro hepático ($p=0,007$). Quanto ao perfil glicémico associa-se a um aumento de glicemia em jejum ($p=0,026$), HOMA ($p=0,039$) e triglicerídeos ($p=0,049$), mas com o colesterol total ou LDL.

Conclusões: Verificou-se uma associação significativa entre a Ferritina sérica e a gravidade da fibrose na NASH. Este estudo sugere o papel importante deste marcador não invasivo na identificação dos indivíduos com doença mais avançada.

3. TERAPÊUTICA COM SORAFENIB NO CARCINOMA HEPATOCELULAR - EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

C. Vieira, R. Marinho, F. Serejo, J. Velosa

Hospital Santa Maria.

Objectivo: Avaliar a sobrevivência dos doentes com Carcinoma Hepatocelular (CHC) com terapêutica com Sorafenib, num Serviço de Gastroenterologia.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com CHC que efectuaram Sorafenib (Agosto 2007-Janeiro 2012), com análise de variáveis demográficas, estadiamento de doença, reacções adversas e sobrevivência (até 1-02-2012).

Resultados: 50 doentes, 83% (41) homens, com $64,2 \pm 12,2$ anos e 98% (49) com cirrose hepática (VHC-46%; álcool-44%). Após 435 dias do diagnóstico, iniciaram Sorafenib: 32% (16) em estágio BCLC B; 68% (34) em BCLC C. Metade tinha efectuado terapêuticas prévias (25: cirurgia-3; RFA-10; QEA-1), com mais tempo de doença ($825 \pm 938,6$ vs 44 ± 48 dias). Em $215,2 \pm 216,3$ dias de terapêutica, ocorreram 29 reacções adversas (tubo digestivo-68,9%) em 50% (26) dos doentes, com suspensão em 30% (15). 22% (11) pararam por progressão da doença. Não existiu diferença entre as reacções adversas nas classes Child-Pugh A ou B (t-test, $p = 0,8$). Foram reavaliados com tomografia computadorizada 42% (21): progressão-12; estável-6; melhora (hipodensidade/tamanho)-3. A sobrevivência após diagnóstico de CHC foi $781,8 \pm 854$ dias, superior para doentes BCLC A/B ($5,2 \pm 0,9$ vs $1,0 \pm 0,23$ anos, $p < 0,05$). A sobrevivência após iniciar Sorafenib foi $348,5 \pm 302,4$ dias e superior nos doentes com terapêuticas prévias ($0,9 \pm 0,22$ vs $1,6 \pm 0,23$ anos, $p = 0,005$), estando vivos 30% (15). Não se verificou diferença na sobrevivência mediante: Child-Pugh A ou B quando iniciaram o fármaco ($1,3 \pm 0,23$ vs $1,1 \pm 0,13$, $p = 0,66$); ocorrência ou não de reacções adversas ($1,4 \pm 0,28$ vs $0,99 \pm 0,15$ anos, $p = 0,44$). Os doentes que iniciaram em estágio BCLC B sobreviveram mais tempo ($1,7 \pm 0,31$ vs $1,0 \pm 1,19$ anos, $p = 0,024$).

Conclusões: A sobrevivência dos doentes sob Sorafenib foi superior à do estudo SHARP, porém metade dos doentes interrompeu a terapêutica. As reacções adversas são uma realidade atingindo metade dos doentes, induzindo a interrupção em quase um terço. Têm uma sobrevivência maior os doentes que eram BCLC B ou com terapêuticas prévias, que por falência destas são tratados como doentes em estágio BCLC C, com Sorafenib.

4. CORRELAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE RIGIDEZ HEPÁTICA, HISTOLOGIA HEPÁTICA E APRI

S. Rodrigues, E. Rodrigues-Pinto, A. Albuquerque, H. Cardoso, R. Gonçalves, P. Pereira, A.M.H. Vale, S. Lopes, J.A. Sarmento, M. Marques, J. Lopes, F. Carneiro, G. Macedo

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

Introdução: O lugar da biópsia hepática como a referência na avaliação da fibrose hepática, tem sido desafiado pelo desenvolvimento de marcadores biológicos, como o índice APRI e métodos mecânicos como a elastografia hepática.

Objectivo: Determinar a correlação entre a histologia hepática, elastografia hepática (EH) e o índice APRI na avaliação do grau de fibrose hepática e avaliar correlação de ferritina, colesterol total, triglicerídeos, e grau de esteatose hepática na ecografia abdominal com a histologia hepática.

Métodos: Foram avaliados, retrospectivamente, 73 doentes que foram submetidos a elastografia hepática, análises, ecografia abdominal e biópsia hepática num intervalo de 6 meses. A histologia foi classificada de acordo com o score de METAVIR. Os valores de cut-off para a rigidez hepática foram: 7,1 kPa para $F \geq 2$, 9,5 kPa para $F \geq 3$ e 12,5 kPa para $F = 4$. Para o APRI, o cut-off para fibrose significativa (F2-4) foi de 1.5. As correlações foram calculadas usando o teste exato de Pearson.

Resultados: A idade média dos doentes foi de 48 anos + 12 com um predomínio masculino (60%). Em 10% dos casos foi utilizada a sonda XL. A distribuição por etiologia foi de 25% com VHC, 20% com NAFLD/NASH, 11% com VHB, 10% com doença hepática alcoólica, entre outros. Existe uma correlação significativa entre o METAVIR e EH ($p < 0,001$), entre APRI e EH ($p < 0,001$) e entre METAVIR e APRI

($p < 0,001$). Valores elevados de ferritina sérica ($p = 0,013$) e reduzidos de contagem de plaquetas ($p = 0,013$) estão significativamente associados a fibrose significativa. Não houve correlações significativas entre METAVIR e níveis de triglicédeos e colesterol total, nem com o grau de esteatose hepática na ecografia.

Conclusões: A histologia hepática, rigidez hepática e o índice APRI correlacionam-se de forma significativa. Os valores de ferritina e plaquetas estão correlacionados significativamente com o grau de fibrose.

5. IMPACTO DA TERLIPRESSINA NA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NO DOENTE CIRRÓTICO

R. Cardoso, L. Eliseu, N. Almeida, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: Os doentes portadores de Cirrose Hepática (CH) são vulneráveis ao desenvolvimento de Insuficiência Renal Aguda (IRA), com etiologias múltiplas. A Síndrome Hepato-Renal Tipo I, um diagnóstico de exclusão, acarreta um prognóstico particularmente sombrio. A Terlipressina demonstrou, em ensaios clínicos controlados, ser uma mais-valia neste contexto.

Objectivo: Determinar o impacto da Terlipressina no prognóstico de doentes com Cirrose Hepática que desenvolveram IRA.

Métodos: Seleccionados, retrospectivamente, todos os doentes internados num serviço de Gastreenterologia de um hospital terciário com os diagnósticos de CH e IRA (Creatinina $> 1,5$ mg/dL) entre 2000 e 2010. Excluídos casos com causas alternativas de IRA, nomeadamente hipovolémia e sépsis. Análise estatística com IBM SPSS Statistics V20.

Resultados: Identificados 134 doentes (Sexo masculino - 109; média de idades - $58,5 \pm 12,4$ anos) em 139 internamentos. A etiologia principal da CH foi o Álcool (90,6%), e a maioria dos doentes pertenciam à Classe C de Child-Pugh (82,7%). A IRA estava presente à admissão em 54% dos casos, sendo que nos restantes 46% se veio a instalar durante o internamento. Diagnosticou-se Peritonite Bacteriana Espontânea em 55 doentes (39,6%). A mortalidade intra-hospitalar global foi de 71,9% com uma mediana de sobrevivência de 13 dias (1-2198 dias). A sobrevivência aos 15 dias foi de apenas 48,2%. Os doentes tratados com Terlipressina (53-38,5%) apresentaram uma taxa de reversão da IRA superior aos restantes doentes (47,2% vs 30,2%; $p = 0,044$). No entanto, não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos relativamente à mortalidade intra-hospitalar (66,0% vs 75,6%; $p = 0,224$) e sobrevivência média (138,7 vs 177,1 dias; $p = 0,598$).

Conclusões: A IRA no doente com Cirrose Hepática tem uma elevada letalidade. A Terlipressina não tem impacto relevante na sobrevivência global, neste grupo de doentes, mas permite a reversão da IRA pelo que a sua utilização pode ser advogada embora, eventualmente, seja necessário desenvolver critérios mais rigorosos para a sua prescrição.

6. FACTORES QUE INFLUENCIAM A SOBREVIVÊNCIA NOS DOENTES COM CARCINOMA HEPATOCELULAR TRATADOS COM SORAFENIB

M. Marques, H. Cardoso, A.H. Vale, P. Pereira, J.A. Sarmento, S. Lopes, S. Rodrigues, A. Albuquerque, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Hospital São João, Porto.

Introdução: O Carcinoma hepatocelular (CHC) é das neoplasias mais comuns: actualmente é a 3ª causa de morte relacionada com

cancro. Foi demonstrado que o sorafenib aumenta a sobrevivência destes doentes com estadio BCLC avançado.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com CHC submetidos a terapêutica com Sorafenib devido a estadio avançado ou intermédio após falência de terapêutica locoregional, na consulta de Hepatologia, entre Julho 2008-Fevereiro 2012.

Resultados: Foram incluídos 34 doentes, 88% do género masculino, com uma idade média de 65 anos, ao diagnóstico. Todos os doentes apresentavam cirrose hepática (Child A = 53% e Child B = 47%), 26,5% com confirmação histológica de CHC. As principais causas de doença hepática foram a infecção pelo VHC (44%) e o álcool (35%). Segundo a classificação de BCLC, 18 doentes tinham estadio intermédio (B) e 16 doentes estadio avançado (C). Foram submetidos a tratamentos prévios ao sorafenib 38,2% dos doentes. A duração média do tratamento com sorafenib foi de 295 ± 67 dias e em 53% ocorreram efeitos adversos, com necessidade de redução na maioria dos casos. Apenas 8% suspenderam a terapêutica por efeitos adversos. A sobrevivência média dos doentes após iniciarem sorafenib foi de 351 ± 54 dias, significativamente maior nos doentes com Child A. A diferença de sobrevivência média entre os estadios BCLC não atingiu significado estatístico. A ocorrência de efeitos adversos associou-se significativamente a maior duração de tratamento e maior sobrevivência.

Conclusões: Nesta amostra, o estadio clínico Child-Pugh foi o principal factor que influenciou a sobrevivência. A maioria dos doentes apresentou efeitos adversos, embora a suspensão do fármaco seja mais frequente pela progressão da doença. A ocorrência de efeitos adversos pode ser indicador de maior eficácia da terapêutica com sorafenib.

7. PFIC TIPO1: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE GASTREENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

S. Azevedo¹, C. Gonçalves¹, H. Loreto¹, P. Morato¹, C. Maltez¹, M. Gonçalves², A.I. Lopes^{1,3}

¹Unidade de Gastreenterologia Pediátrica; ²Serviço de Cirurgia Pediátrica, Departamento de Pediatria, HSM-CHLN. ³Faculdade de Medicina de Lisboa.

Introdução: A PFIC tipo 1 integra um grupo heterogéneo de condições autossómicas recessivas, caracterizadas por defeitos de transporte canalicular dos ácidos biliares, constituindo um espectro de doença colestática progressiva com apresentação na infância. A cirurgia de derivação biliar é uma alternativa terapêutica preconizada em idade jovem, com potencial influência no prognóstico. Apresenta-se a experiência de uma Unidade de Gastreenterologia Pediátrica.

Casos clínicos: Casos clínicos 1 e 2: dois irmãos gémeos, 3 anos, origem Cabo-Verdiana, com icterícia colestática detectada na 1ª semana de vida. Transferência para Portugal aos 3M de idade para esclarecimento etiológico (bilT/D 8-9/5-6 mg/dl, AST/ALT: 2-3xNL, γ -GT e colesterol NL). Investigação convencional de colestase neonatal não contributiva. Perante padrão de icterícia colestática compatível com PFIC (tipo 1 ou 2), uma das crianças foi submetida a biopsia hepática (7 meses), tendo o exame histológico, estudo imunohistoquímico* e ultraestrutural* sido compatíveis com PFIC1. O estudo molecular identificou homozigotia para a mutação c.697G $> A$ no gene ATP8B1 (de novo). Evolução com manutenção de prurido moderado, diarreia e má progressão estatura-ponderal (MPEP) e hepatoesplenomegalia. Submetidos a cirurgia de derivação bilio-entérica aos 2 anos. Verificou-se descida dos valores de bilirrubina (bilT < 3 mg/dl) e melhoria de prurido, mantendo-se a MPEP e diarreia. Caso clínico 3: Adolescente com 11 anos de etnia cigana, filho de pais consanguíneos, com antecedentes de psoríase grave; diagnóstico de PFIC1 estabelecido no 1º ano de vida (evidência de intensa fibrose em biopsia hepática aos 8 meses, estudo

imunohistoquímico e ultraestrutural compatíveis). Evolução caracterizada por má nutrição grave, baixa estatura, diarreia, hepatoesplenomegalia, icterícia generalizada, prurido marcado, epistaxis recorrentes. Submetido a cirurgia de derivação bilio-enterica aos 8 anos, verificando-se melhor controlo do prurido e icterícia (bilT prévia > 5 mg/dl, subsequente < 3 mg/dl; AST/ALT 2-3X nl, γ -GT nl). Comentam-se as particularidades dos 3 casos (em lista de transplante). À semelhança dos outros subtipos, a PFIC1 representa um desafio terapêutico e nutricional. A derivação biliar ou a exclusão ileal, poderão retardar eventualmente o timing do transplante, o qual constitui no entanto a alternativa terapêutica mais eficaz e definitiva.

Colaboração do Dr. Alex Knisely, Kings College, Londres.

8. EFICÁCIA E SEGURANÇA DO TENOFOVIR EM 123 DOENTES COM HEPATITE B CRÔNICA

S. Rodrigues, H. Cardoso, F. Vilas-Boas, S. Lopes, J.A. Sarmento, A.M.H. Vale, R. Gonçalves, M. Marques, G. Macedo

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

Introdução: Em ensaios clínicos, está bem demonstrado o perfil de segurança e potência do tenofovir disoproxil fumarate (TDF).

Objectivo: Avaliar resposta virológica (negativação do ADN-VHB) e bioquímica (ALT) e perfil de segurança com os valores de fosfatemia e taxas de filtração glomerular (TFG).

Resultados: Predominam as doentes do sexo feminino (66%) e a idade média foi 51 anos (+ 14). A duração média de tratamento foi 31 meses (+6) e de tempo até negativação do ADN foi de 11,1 meses; 75% eram AgHBe negativos e o genótipo D foi o mais frequente (75%). A cirrose e o carcinoma hepatocelular estavam presentes em 25% e 6,5% dos doentes, respetivamente; 30% dos doentes eram naïves. Dos doentes experimentados, em 70% havia falência prévia ao tratamento e 30% tinham viremia indetectáveis. Os doentes com > 12 meses TDF tiveram uma resposta virológica superior aos doentes com < 12 meses ($p < 0,001$). Ao fim de 12 meses, 68% de doentes AgHBe positivos e 96% AgHBe negativos atingiram níveis indetectáveis de ADN ($p = 0,001$). Foram obtidas descidas significativas de viremia ($p = 0,006$) e dos de ALT ($p < 0,001$) durante o tratamento. As TFG dos doentes com cirrose diminuíram significativamente durante o tratamento ($p = 0,030$). As mulheres ($p = 0,039$), doentes com > 50 anos ou com terapêutica previa ($p = 0,030$) apresentavam fosfatemias iniciais baixas, mas não houve uma redução significativa da fosfatemia. As TFG diminuíram no grupo de doentes com > 50 anos ($p = 0,020$). A medicação foi bem tolerada em 97% dos doentes.

Conclusões: O TDF revelou, em doentes com hepatite B crónica regularmente acompanhados num centro de Hepatologia, um excelente perfil de segurança e eficácia, mesmo considerando a diversidade das condições biológicas e características virológicas dos nossos doentes.

Tubo Digestivo III

30 junho 2012, 11:30-13:00, Sala D. Luís

1. RELEVÂNCIA DA HISTOLOGIA DOS PÓLIPOS DIMINUTOS NA DETERMINAÇÃO DO INTERVALO DE VIGILÂNCIA PÓS-POLIPLECTOMIA DO CÓLON

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A polipectomia endoscópica reduz a incidência do Carcinoma Colo-Rectal (CCR). No entanto, a recuperação e análise histológica sistemáticas dos pólipos removidos implica custos avultados e prolongamento do tempo do procedimento.

Objectivo: Determinar o impacto da análise histológica de pólipos diminutos (≤ 5 mm) na vigilância pós-polipectomia cólica.

Métodos: Seleccionados todos os doentes com pelo menos 1 pólio diminuto (≤ 5 mm) removido e enviado para análise histológica num hospital terciário num período de 12 meses. Avaliadas as características de todos os pólipos removidos. Determinado o intervalo de vigilância proposto, segundo o protocolo praticado no serviço (British Society of Gastroenterology 2010), com e sem o conhecimento da histologia dos pólipos diminutos. Análise estatística com IBM SPSS Statistics V20.

Resultados: Foram seleccionados 391 doentes (Sexo Feminino - 144; média de idades - $64,7 \pm 11,5$ anos), a quem foram removidos e recuperados para análise histológica um total de 860 pólipos. Dos pólipos analisados, 625 (72,7%) tinham dimensão ≤ 5 mm. Principais histologias: Hiperplásicos-60,6%; Adenomas-35,5% (dos quais apenas 1 apresentava neoplasia intra-epitelial de alto grau). Antes da análise histológica dos pólipos diminutos, o risco de CCR ou Pólipos Avançados foi considerado Baixo em 82,8%, Intermédio em 14,9% e Alto em 2,3%. Após o estudo anatomo-patológico este alterou-se para 81%, 11,6% e 7,5%, respectivamente, traduzindo-se numa alteração no intervalo de vigilância em 7,5% dos doentes ($p < 0,001$).

Conclusões: Na amostra estudada, a avaliação dos pequenos pólipos apenas alterou a proposta de vigilância pós-polipectomia num número reduzido de casos. Atendendo à potencial relação custo-eficácia, parece sensato só enviar para estudo histológico os pólipos diminutos em doentes em que tal possa vir a modificar a estratégia de seguimento futuro (pólipos com aspecto macroscópico grosseiro; presença de 3 ou mais pólipos). As novas metodologias de cromoscopia virtual e avaliação histológica "in vivo" poderão representar uma mais valia neste campo.

2. QUAL O IMPACTO DA INFECÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI NOS NÍVEIS SÉRICOS DE LEPTINA E GRELINA EM OBESOS MÓRBIDOS?

A. Fernandes, J. Carvalheiro, M.J. Pereira, S. Giestas, R. Ferreira, M. Ferreira, S. Mendes, Z. Romão, C. Agostinho, R. Mesquita, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A leptina e a grelina são hormonas produzidas a nível gástrico, que desempenham um papel importante na homeostase

energética. O impacto da infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori* (Hp) nos níveis séricos destas hormonas é controverso.

Objectivo: Determinar se a infecção pelo Hp condiciona alguma alteração nos níveis séricos de leptina e grelina em doentes com obesidade mórbida.

Métodos: Procedeu-se à revisão das endoscopias digestivas altas realizadas a obesos mórbidos no ano de 2011 (124 doentes; 96 do sexo feminino; média etária de $41,4 \pm 12,2$ anos; 118 leucodérmicos); foram seleccionados e incluídos os doentes com doseamentos de leptina e/ou grelina registando-se: índice de massa corporal (IMC); co-morbilidades; achados endoscópicos e histológicos (incluindo infecção por Hp). Foram comparados os níveis séricos de leptina e grelina para doentes com (Hp+) e sem (Hp-) infecção pelo Hp recorrendo ao teste t de Student. O estudo estatístico foi realizado com SPSS v17.0.

Resultados: Foram incluídos 71 doentes (Sexo feminino-54; média etária de $41,7 \pm 11,6$ anos; IMC médio- $43 \pm 4,6$ Kg/m²; 68 leucodérmicos) que apresentavam as seguintes co-morbilidades: Hipertensão arterial-63,4%; Dislipidémia-57,7%; Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono-39,4%; Diabetes mellitus-26,8%). Achados endoscópicos: gastropatia-54,9%; bulbopatia-2,8%; úlcera gástrica-1,4%; normal-40,8%). Achados histológicos: gastrite crónica não atrofica-77,5%; gastrite crónica atrofica-5,6%; metaplasia intestinal-11,3%; normal-5,6%. Identificada infecção por Hp em 53 doentes (74,6%). Todos tinham doseamento de leptina (valor médio - $59,6 \pm 31,3$ ng/ml) e 44 tinham também doseamento de grelina (valor médio - $1,22 \pm 0,76$ ng/ml). Não se registaram diferenças relevantes ($p > 0,05$) entre os dois subgrupos, quer para a Leptina (Hp+ - $61,9 \pm 29,9$ ng/ml; Hp- - $52,9 \pm 35,1$ ng/ml) quer para a Grelina (Hp+ - $1,20 \pm 0,83$ ng/ml; Hp- - $1,27 \pm 0,55$ ng/ml).

Conclusões: A infecção pelo Hp é comum nos obesos mórbidos propostos para cirurgia bariátrica; a sua presença não influenciou os níveis séricos de leptina e grelina neste grupo de doentes.

3. MANOMETRIA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUÇÃO COM SISTEMA DE PERFUSÃO: EXPERIÊNCIA PRELIMINAR

M. Mascarenhas Saraiva, G. Pereira, H. Lima

ManopH, Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva.

Objectivo: Apresentar a nossa experiência preliminar em estudos funcionais esofágicos utilizando a manometria de alta resolução com sistema de perfusão.

Métodos: Análise preliminar das indicações e resultados (análise baseada na classificação de Chicago) de 43 manometrias esofágicas estacionárias de alta resolução efectuadas com cateter de 22 canais perfundidos com água destilada por uma bomba de perfusão pneumohidráulica. Cateter posicionado de modo a ser possível observar o EES (esfíncter esofágico superior) e o EEI (esfíncter esofágico inferior). Software de análise da MMS (Medical Measurement System). Amostra: Fem: 29; Masc: 14. Idades: 17-82 anos (média: 50,5).

Conclusões: 1) Pela visualização do exame por plots topográficos da pressão esofágica desde a contracção faríngea até à região gástrica obtida uma representação dinâmica do padrão de pressão, sendo mais fácil posterior interpretação. 2) Permite a subdivisão da acalásia em 3 subtipos, utilizada na prática clínica para prever o resultado da doença. 3) Tempo de exame mais reduzido do que na manometria convencional devido à facilidade de colocação da sonda na posição adequada no início do estudo, não sendo mais necessário movimentar a sonda para determinar a localização e estudar o EEI (esfíncter esofágico inferior).

Resultados: Tabela.

Diagnóstico principal	Resultados
Disfagia: 21%	Normal: 22,22% Acalásia tipo I: 22,22% Acalásia tipo II: 11,11% Falha de peristalse frequente: 11,11% Ausência de peristalse: 11,11% EEI hipotensivo: 22,22%
Suspeita de dismotilidade: 16,3%	Normal: 28,6% Peristalse hipertensiva (esófago tipo Nutcracker): 14,3% Espasmo Esofágico Difuso Distal: 28,6% Ausência de peristalse: 28,6%
Disfagia orofaríngea: 4,6%	Normal: 50% Ausência de peristalse: 50%
DRGE: 48,9%	Normal: 42,8% Falha de peristalse frequente: 14,3% Ausência de peristalse: 4,8% EEI hipotensivo: 38,1%
Hérnia do hiato: 4,6%	EEI hipotensivo: 50% Ausência de peristalse: 50%
Tempo médio de duração do exame: 15 minutos.	

4. HISTÓRIA NATURAL DOS DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII) SUBMETIDOS A TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃO SÓLIDO (TOS)

P. Salgueiro, M.J. Magalhães, A. Rodrigues, R. Magalhães, M. Salgado, C. Caetano, P. Lago, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: Resultados contraditórios têm sido reportados sobre a história natural dos doentes com DII e TOS.

Objectivo: Avaliar as características dos doentes com DII submetidos a TOS e o impacto da TOS na história natural da DII e na terapêutica utilizada.

Métodos: Análise das características dos doentes com DII e TOS dividindo-os em 2 grupos: (A) Diagnóstico antes da TOS (DAT) e (B) Diagnóstico pós TOS (DPT). Características analisadas: tipo e atividade da DII; órgão transplantado e motivo do transplante; terapêuticas imunossupressoras utilizadas.

Resultados: Incluídos 11 doentes: (A) DAT (8 doentes): 6 com colite ulcerosa (CU) e 2 com doença de Crohn (DC); órgão transplantado: fígado 7 doentes (3 colangites esclerosantes primárias - CEP, 2 síndromes de sobreposição CEP/hepatite autoimune - CEP/HAI, 1 hepatite fulminante vírus B, 1 paramiloidose); rim 1 doente; 50% tiveram agravamento da DII após TOS: 2 desenvolveram corticoddependência e 2 corticorresistência posteriormente colectomizados (1 doente por refractariedade aos biológicos, o outro por displasia de alto grau cólica). Dos doentes com agravamento da DII, 2 foram transplantados por CEP e 2 por CEP/HAI. Foi alterada a imunossupressão em 2 doentes (num motivado pela TOS noutra pela DII). Um doente falecido (perfuração cólica durante colonoscopia de vigilância). (B) DPT (3 doentes): 2 DC, 1CU; todos transplantados renais; tempo médio entre a TOS e o diagnóstico de DII: 6 anos; num doente alterada a imunossupressão pela DII.

Conclusões: O seguimento destes doentes exige uma abordagem multidisciplinar pois, com frequência, foi necessária alteração da

imunossupressão, motivada pela DII ou pela TOS (27% dos doentes). O curso de DII foi mais severo após TOS por CEP e CEP/HA1.

5. NECESSIDADE DE INTENSIFICAÇÃO DA TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB NA DOENÇA DE CROHN E COLITE ULCEROSA

F. Vilas-Boas¹, F. Flor-de-Lima², E. Rodrigues-Pinto¹, J. Santos-Antunes¹, E. Trindade³, M. Tavares³, S. Lima², S. Lopes¹, A.C. Nunes¹, J. Amil Dias³, F. Magro¹, G. Macedo¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Pediatria; ³Unidade de Gastreenterologia Pediátrica, Centro Hospitalar de São João, Porto.

Introdução: O Infliximab (IFX) é eficaz no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII) mas foi constatada diminuição da eficácia ao longo do tempo.

Objectivo: Avaliar necessidade de maximização da terapêutica com IFX nos doentes com DII.

Métodos: Estudo transversal dos doentes com DII sob IFX. Avaliamos a intensificação da terapêutica com IFX que consistiu no aumento da dose e/ou encurtamento do intervalo entre infusões. Definimos não respondedor primário o doente sem melhoria sintomática, com persistência de PCR elevada, após completar esquema de indução.

Resultados: Foram analisados os processos clínicos de 235 doentes com DII sob IFX (60 com Colite Ulcerosa [CU], 175 com Doença de Crohn [DC]), 14 do grupo pediátrico. Observamos taxa de não respondedores primários de 9,2% na DC e 12% na CU. No global 33% de doentes com DC (mediana de follow-up [FU] sob IFX de 24 meses) e 40% de doentes com CU (mediana de FU de 13 meses) necessitaram de ajustes. O aumento da dose (CU: 21,7%; DC: 18,3%) ou o encurtamento do intervalo entre infusões (CU: 35%; DC: 31,3%) foi semelhante, mas nos doentes com CU a dose de IFX foi aumentada mais precocemente que nos doentes com DC (CU: mediana 12,5 semanas, intervalo interquartil 8-32; DC: 64 semanas, intervalo interquartil 28-116; $p = 0,04$); também o intervalo entre infusões foi encurtado (CU: mediana 21 semanas, intervalo interquartil 14-45; DC: 33 semanas, intervalo interquartil 17,5-84,5; $p = 0,037$) mais precocemente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre adultos e população pediátrica.

Conclusões: Um numero significativo de doentes com DII necessita de intensificação de terapêutica com Infliximab. Na colite ulcerosa esta necessidade ocorre mais precocemente. A população pediátrica tem o mesmo comportamento sugerindo um fenómeno transversal a diferentes grupos etários.

6. ALIMENTAÇÃO ORAL APÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS EM DOENTES COM OBSTRUÇÃO MALIGNA GASTRO-DUODENAL

A. Lagos, J. Canena, M. Liberato, I. Marques, S. Patrocínio, M. Tomé, M. Romão, A. Coutinho, B. Neves, H. Além, J. Gonçalves

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente-CHLN. Centro Gastreenterologia, Hospital Cuf Infante Santo. Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo. Unidade de Endoscopia, Hospital de Beja-ULSBA.

Introdução e objectivo: Doentes com obstrução maligna gastro-duodenal (OMG), tem sido paliados com próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) para o restabelecimento da alimentação oral. Estudos recentes apresentaram resultados conflituosos na capacidade das PMAE em restabelecer a alimentação oral a longo prazo. Este estudo avaliou as vantagens clínicas das PMAE no tratamento da OMG durante toda a vida dos doentes.

Métodos: Estudo retrospectivo, multicêntrico, de 74 doentes seguidos até a morte, após colocação de PMAE para o tratamento paliativo de OMG. Analisaram-se a melhoria imediata e a longo prazo na alimentação oral (através do score de GOOSS), sucesso técnico, patência das próteses, complicações e reintervenções, sobrevida e factores de prognóstico associados à patência das próteses.

Resultados: O sucesso técnico e clínico foi obtido em 100% e 97,2% dos doentes, respectivamente. Um total de 71/74 doentes (95,9%) mantiveram alimentação oral durante o resto da vida e 58/74 doentes (78,4%) não necessitaram de reintervenção até à morte. O aporte de alimentos sólidos (GOOSS 2-3) manteve-se até à morte em 47/74 doentes (63,5%). O score de GOOSS melhorou significativamente até à morte dos doentes ($p < 0,001$) quando comparado com o score inicial. A sobrevida média da população e a patência média das próteses foram 16,4 e 76,6 semanas respectivamente. A taxa de complicações foi de 18,9%. A reobstrução maligna das próteses foi observada em 7/74 doentes (9,5%). A análise multivariada (modelo de Cox) mostrou que a localização da estenose a nível duodenal foi o único factor independente associado à patência das próteses (HR = 5,28; 95% CI = 1,14-24,45; $p = 0,033$).

Conclusões: A colocação de PMAE na palição definitiva de doentes com OMG é segura e associada a um sucesso clínico elevado. Cerca de 95% dos doentes mantêm alimentação oral até à morte e a grande maioria não necessita de intervenção adicional. Estenoses duodenais estão mais frequentemente associadas a reobstrução maligna.

7. CONSUMO DE GORDURA ALIMENTAR E O RISCO DE PÓLIPOS ADENOMATOSOS DO CÓLON

T. Pinto-Pais, C. Fernandes, I. Ribeiro, R. Veloso, S. Fernandes, L. Proença, A. Rodrigues, M. Quintas, M. Alves, R. Almeida, P. Iglesias, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

Introdução: Os adenomas colorretais são lesões precursoras do cancro colorretal (CCR). A etiopatogenia do CCR complexa, envolvendo factores genéticos e ambientais, nos quais se incluem os hábitos alimentares. O papel da gordura alimentar ingerida não se encontra ainda estabelecido. O objetivo deste estudo é relacionar a ingestão de ácidos gordos com a presença de adenomas colorretais.

Métodos: Na nossa análise 1.680 homens e mulheres (idades entre 50-75 anos), foram rastreados para CCR, entre 2006 e 2011 - 351 apresentavam pólipos adenomatosos e 1.329 sem pólipos adenomatosos. Os participantes completaram um questionário com dados demográficos, clínicos e de estilo de vida. Os hábitos alimentares foram avaliados aplicando o questionário semi-quantitativo de frequência alimentar por nutricionistas treinados. Foram usados modelos de regressão logística para estimar a força da associação entre o risco de adenomas colorretais e quartis de consumo ácidos gordos (baseados na distribuição combinada de casos e controlos). O consumo de ácidos gordos foi ajustado para o consumo total de energia através da utilização do método residual de Willett. Observou-se uma redução significativa dose-dependente no risco de adenomas colorretais com o aumento do consumo de ácidos gordos poli-insaturados, no grupo feminino (maior para o menor quartil de consumo: odds ratio 0,53, IC 95%: 0,229-0,949; $p = 0,033$). Adicionalmente, no grupo feminino, duas tendências foram observadas: maior consumo de gorduras saturadas associado a um aumento do risco e um maior consumo de gordura mono-insaturada associada com uma diminuição do risco.

Conclusões: O consumo de lípidos alimentares é um fator modificável que pode influenciar a probabilidade de desenvolver CCR. Os efeitos observados dos diferentes ácidos-gordos sublinham

a importância do tipo de gordura alimentar na etiologia e prevenção do CCR. As diferenças específicas do sexo nos resultados levantam questões importantes quanto ao efeito hormonal de fontes endógenas ou exógenas do metabolismo da gordura.

8. FACTORES PREDITIVOS DE ATROFIA VILOSITÁRIA NA DOENÇA CELÍACA DO ADULTO

A. Albuquerque, H. Cardoso, R. Ramalho, B. Orfão, R. Azevedo, E. Rios, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia e Anatomia Patológica, Centro Hospitalar São João, Porto.

Objectivo: Avaliar factores clínicos e analíticos à data de diagnóstico, preditivos de atrofia vilositária duodenal na doença celíaca (DC) do adulto.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo 59 doentes com DC diagnosticada na idade adulta seguidos na nossa consulta. As características dos doentes e as alterações analíticas foram

correlacionados com a histologia duodenal, segundo a classificação de Marsh modificada.

Resultados: A maioria dos doentes eram do género feminino (88%). À data do diagnóstico, 42% tinham anemia, 31% diarreia e 14% alterações das provas hepáticas. A idade média ao diagnóstico foi de 34 anos. Em 15% dos casos, os doentes tinham um índice de massa corporal (IMC) baixo ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$). Em 14% não foram descritas alterações endoscópicas da mucosa duodenal, e na histologia, 18% tinham grau 1 na classificação histológica de Marsh modificada e 80% grau 3 (22% grau 3a, 33% grau 3b e 25% grau 3c). Os casos com valores de anti-transglutaminase tecidual IgA (anti-tTG) mais baixos estiveram associados a um grau 1 na classificação de Marsh modificada e os com valores mais elevados a um grau 3 ($p = 0,015$). A idade, IMC baixo, a ocorrência de diarreia ou anemia e níveis de ferritina reduzidos ao diagnóstico não foram preditivos de atrofia vilositária duodenal (sem diferença estatisticamente significativa).

Conclusões: Os níveis quantitativos de anti-tTG estão relacionados com as alterações histológicas duodenais neste grupo de doentes celíacos adultos. Esta variável teve maior relevância estatística que outros parâmetros analíticos ou clínicos.



POSTERS

Semana Digestiva 2012

Centro de Congressos da Alfândega - Porto, 27-30 Junho 2012

28, 29 e 30 junho 2012, Sala do Arquivo

Tubo Digestivo

1. ERRADICAÇÃO CUMULATIVA DO *HELICOBACTER PYLORI* EM DOENTES OBESOS PRÉ CIRURGIA DE BY-PASS GÁSTRICO

R. Cerqueira¹, M. Correia¹, C. Fernandes¹, H. Vilar¹, R.B. Pinheiro¹, M.C. Manso²

¹S. Sebastião Hospital, Santa Maria Feira, Portugal, ²Biostatistics, University Fernando Pessoa, Porto, & REQUIMTE-UP, Portugal.

Introdução e objectivo: Baseados nas recomendações de sociedades internacionais pesquisamos e erradicamos o *Helicobacter pylori* (HP) em doentes obesos pré by-pass gástrico. O objectivo foi a avaliação das taxas de erradicação cumulativa do HP em 2 períodos de tempo consecutivos (2006-2008 e 2009-2010).

Métodos: Como 1ª linha, foi usada terapêutica tripla 14 dias baseada no consenso de Maastricht III - inibidor da bomba de prótons (IBP) 2x dia, claritromicina 500 mg 2 x dia e amoxicilina (AMX) 1.000 mg 2 x dia - e como 2ª linha, terapêutica empírica - IBP 2 x dia, AMX 1.000 mg 2 x dia e levofloxacina 500 mg 1 x dia. O diagnóstico da infecção foi efectuado por biópsia endoscópica ou teste respiratório com C13ureia (TR) e a monitorização do tratamento foi avaliada por TR 6-8 semanas após terapêutica.

Resultados: Em 2006-2008, 253 doentes consecutivos foram tratados com terapêutica de 1ª linha O HP foi erradicado em 200 doentes e dos 53 não erradicados houve 14 desistências (ITT = 79,1%; PP = 83,7%). Dos restantes 39 doentes submetidos a terapêutica de 2ª linha o HP foi erradicado em 22 (ITT = 56,4%; PP = 71,0%). Em 2009-2010, 437 doentes consecutivos foram tratados com terapêutica de 1ª linha. O HP foi erradicado em 256 doentes e dos 181 não erradicados houve 30 desistências (ITT = 58,6%; PP = 62,9%). Dos restantes 151 doentes submetidos a terapêutica de 2ª linha o HP foi erradicado em 80 (ITT = 53%; PP = 55,1%). As taxas de erradicação cumulativas do HP foram, em 2006-2008, 87,7% ITT e 96,1% PP e em 2009-2010, 76,9% ITT e 83,8% PP.

Conclusões: Nos doentes obesos pré BG verificou-se diminuição das taxas de erradicação cumulativa no período 2009-2010 à custa

da diminuição da efectividade da terapêutica de 1ª linha recomendada pelo consenso de Maastricht. Actualmente a terapêutica de 1ª linha não é efectiva o que sugere a implementação de tratamentos alternativos.

2. GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA, UM MÉTODO SEGURO E EFICAZ-EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

A. Lagos, I. Marques, L. Meireles, J. Canena, A. Coutinho, C. Romão, B. Neves

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Pulido Valente (CHLN).

Introdução e objectivo: A Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) é actualmente o método de eleição para a alimentação entérica de média/longa duração. Este estudo avaliou a eficácia clínica da colocação de PEG num serviço de Gastrenterologia.

Métodos: Estudo retrospectivo, num único centro, de 181 doentes submetidos à colocação de PEG entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2011. Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, indicações, método de colocação, complicações, mortalidade e sobrevida.

Resultados: Num período de 8 anos, 181 doentes (média: 73.4 anos; intervalo: 17-99), 104 homens (57,5%) e 77 mulheres (42,5%) foram submetidos à colocação de PEG. As indicações para a colocação foram: doenças neurológicas em 129/181 doentes (71,3%), neoplasias estenosantes do foro otorrinolaringológico em 43/181 doentes (23,7%), a demência em 7/181 doentes (3,9%) e outros motivos em 2/181 doentes (1,1%). Em 174/181 doentes (96%) as PEGs foram colocadas pelo método pull. Ocorreram complicações em 26/183 doentes (14,4%): 3/183 doentes (1,7%) tiveram complicações maior incluindo 2 casos de infecção da parede abdominal (1,1%) e 1 caso de hemorragia (0,6%); 23/181 doentes (12,7%) apresentaram complicações menor, incluindo a remoção accidental da PEG em 18/181 doentes (9,9%) e a infecção do estoma em 5/181 doentes (2,8%). Em 12 doentes (6,6%) a PEG foi retirada, devido à recuperação da capacidade de alimentação oral. Não se registou mortalidade associada ao procedimento. A sobrevida aos 30 dias foi de 95,6% (173/181 doentes). A sobrevida média após colocação da PEG foi de 12 meses.

Conclusões: A colocação de PEG é um método seguro e associado a uma baixa taxa de complicações. A sua colocação é possível na quase totalidade dos doentes (métodos pull e push). A sobrevida média pós colocação de uma PEG é relativamente curta.

3. TERAPÊUTICA COM BALÃO INTRAGÁSTRICO MELHORA O PERFIL LIPÍDICO E A RESISTÊNCIA À INSULINA

R. Cerqueira¹, M. Correia¹, M. Afonso¹, C. Fernandes¹, M.C. Manso²

¹Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, Santa Maria Feira,

²Bioestatística, Universidade Fernando Pessoa, Porto, & REQUIMTE-UP, Portugal.

Introdução e objectivo: A terapêutica bariátrica com balão intragástrico Bioenterics (BIB) tem impacto na perda de peso mas o seu efeito nos parâmetros metabólicos está pouco esclarecido. O objectivo foi a avaliação da alteração do peso e dos parâmetros metabólicos com a terapêutica com BIB.

Métodos: Estudo prospectivo com 120 pacientes (73,3% mulheres) com idade média de 39,9 ($\pm$ 11,6) anos submetidos a terapêutica bariátrica com BIB. O BIB foi removido às 38,4 ($\pm$ 14,4) semanas. Foram determinados os parâmetros antropométricos e metabólicos pré e pós BIB. A resistência à insulina foi calculada pelo método de «homeostasis model assessment» (HOMA-IR).

Resultados: O índice de massa corporal (IMC) inicial era de 36,8 ($\pm$ 6,3) kg/m², o excesso de peso era de 31,5 ($\pm$ 15) kg, 14,5% tinham Diabetes Mellitus não insulino dependente (DMNID) e 53% tinham resistência à insulina (HOMA-IR > 2). Após exérese do BIB, o IMC diminuiu para 31,8 ($\pm$ 6,6) e a % de perda de excesso de peso foi de 46,8 ($\pm$ 35,7)%. Em relação a parâmetros bioquímicos e metabólicos também se verificaram diferenças significativas, nomeadamente na TGP e GGT, e no colesterol total, triglicerídeos e HOMA-IR (p < 0,002). Não houve melhoria significativa no HDL e na ferritina. Verificou-se perda de peso em 90,8% dos pacientes, com perdas de peso iguais ou superiores a 50% do excesso de peso em 44,2%.

Conclusões: A terapêutica com BIB mostrou ter impacto não só na perda de peso como também na redução de parâmetros bioquímicos que integram a definição de síndrome metabólica, associando-se, portanto, a redução de risco cardiovascular.

4. CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS E HISTOLÓGICAS DOS PÓLIPOS MALIGNOS COLORECTAIS: FACTORES DE PROGNÓSTICO

A. Albuquerque, J. Antunes, R. Ramalho, F. Baldaque, B. Orfão, E. Rios, J. Lopes, P.C. Silva, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia, Anatomia Patológica e Cirurgia Geral, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução: Tem havido um crescente diagnóstico e excisão de pólipos malignos colorectais, sobretudo dado o incremento dos programas de rastreio. O conhecimento da indicação cirúrgica ou de vigilância após polipectomia é fundamental.

Objectivo: Avaliar as características morfológicas e histológicas dos pólipos malignos (com invasão da submucosa) colorectais, associadas a uma maior probabilidade de doença residual após polipectomia ou carcinoma recorrente.

Métodos: Analisamos 3.673 polipectomias realizadas no nosso Serviço em 5 anos consecutivos, correspondendo a 90 pólipos malignos (2,5%). Avaliamos as características morfológicas destes pólipos - tamanho, tipo, número, localização; as características da polipectomia e as características histológicas - diferenciação, margem de ressecção e invasão vascular/linfática e sua relação com a presença de doença neoplásica residual ou recorrente.

Resultados: A maioria dos doentes era do sexo masculino (67%), com uma média de idade de 67 anos. O tamanho médio foi de 24 mm, e 5% dos pólipos malignos tinham dimensões inferiores a 10 mm. Em 88% dos casos, os pólipos malignos estavam localizados distalmente ao ângulo esplénico (64% no sigmóide e 18% recto), 52% eram sesséis e 36% foram removidos em piecemeal. Quanto às características histológicas, 33% eram bem diferenciados, 20%

tinham invasão vascular ou linfática e 31% tinham margem envolvida ou distancia à margem inferior a 1 mm. Foram submetidos a cirurgia 77% dos doentes e, destes, 25% tinham adenocarcinoma na peça cirúrgica. A doença neoplásica residual esteve relacionada com o tamanho do pólipo, (p = 0,002), o tipo sessil (p = 0,02) e a remoção em piecemeal (p = 0,002). Em 94% dos casos com adenocarcinoma na peça tinham feito previamente polipectomia de lesões com dimensões superiores a 25 mm. Não houve nenhum caso de recorrência neoplásica.

Conclusões: Doentes com pólipos malignos com dimensões superiores a 25 mm, sesséis ou removidos em piecemeal estão associados a doença neoplásica residual após polipectomia.

5. ANEMIA E FERROPENIA NA DOENÇA DE CROHN DO INTESTINO DELGADO: QUAL A INFLUÊNCIA DA TOPOGRAFIA DAS LESÕES?

B. Rosa, J. Magalhães, F. Dias de Castro, M.J. Moreira, J. Cotter

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução: Na Doença de Crohn (DC), a etiologia da anemia é considerada multifactorial, sendo o compromisso da absorção de ferro nos segmentos proximais do intestino delgado (ID) um dos mecanismos envolvidos.

Objectivo: Avaliar a possível associação entre a distribuição proximal das lesões no ID e grau de actividade inflamatória com a presença de anemia ou ferropenia na DC.

Métodos: Estudo retrospectivo com inclusão de doentes com DC isolada do ID, submetidos a enteroscopia por cápsula (EC). A distribuição das lesões no ID baseou-se na divisão do tempo de trânsito da cápsula em tercís. O nível de actividade inflamatória foi classificado pelo Score de Lewis (SL). Definiu-se anemia para valores de hemoglobina < 13 g/dL (homem) ou < 12 g/dL (mulher) e ferropenia se ferritina < 100 ng/mL e/ou taxa de saturação da transferrina < 16%.

Resultados: Inclusão de 38 doentes (68,4% mulheres, idade 34 $\pm$ 12,1 anos). Identificou-se actividade inflamatória ligeira na EC (135 $\leq$ SL $\leq$ 790) em 60,5% dos doentes, e moderada-a-severa (SL > 790) em 39,5%. Globalmente, 55,3% dos doentes apresentava ferropenia e 26,3% apresentava anemia (15,0% dos doentes com actividade endoscópica ligeira vs 46,7% dos doentes com inflamação moderada-a-severa [p = 0,028]). O primeiro tercil do ID apresentava actividade inflamatória em 42,1% do total de doentes e em 20% dos doentes com anemia. Nos doentes com atingimento proximal (primeiro tercil) do ID, a prevalência de anemia e ferropenia foi de 12,5% e 50%, respectivamente, enquanto nos doentes sem lesões nesta localização as respectivas prevalências foram de 36,4% (p = 0,099) e 59,1% (p = 0,410).

Conclusões: A prevalência de anemia foi significativamente superior nos doentes com actividade endoscópica moderada-a-severa na EC. A distribuição proximal das lesões no ID não se associou a maior prevalência de anemia ou ferropenia. Isto leva-nos a presumir que o principal factor etiológico da anemia/ferropenia na doença de Crohn será o grau de actividade inflamatória.

6. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA DE CROHN COMPLICADA POR ABCESSOS ABDOMINOPÉLVICOS

F. Dias de Castro, J. Magalhães, B. Rosa, M.J. Moreira, J. Cotter

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave.

Introdução e objectivo: Os abcessos abdominopélvicos (AAP) ocorrem em 10 a 30% dos doentes com doença de Crohn (DC), em algum momento da evolução da doença. O objectivo deste trabalho foi caracterizar os doentes com DC complicada por AAP.

Métodos: estudo retrospectivo que incluiu 21 doentes consecutivos, internados entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2011 por DC complicada por AAP. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS v17.0.

Resultados: 52% dos doentes eram do sexo masculino, com uma idade média de $29 \pm 8,4$ anos. O tempo médio de internamento foi 30 ± 15 dias. 24% dos doentes foram tratados medicamente (antibioterapia), em 14% foi realizada drenagem percutânea ou cirúrgica e em 62% o tratamento foi ressecção cirúrgica. O tamanho ou a localização do abcesso não permitiram prever a necessidade de ressecção cirúrgica. Em contrapartida todos os doentes que apresentaram fístula ou antecedentes de cirurgia abdominal por DC, foram submetidos a ressecção ou drenagem cirúrgica. Dos doentes tratados cirurgicamente, 1 iniciou terapêutica biológica, após o internamento, em comparação com 5 dos doentes tratados conservadoramente (antibioterapia com ou sem drenagem), sendo esta diferença estatisticamente significativa. O tempo médio de *follow-up* pós-internamento foi de 32 meses, com recorrência do AAP em 2 doentes, tendo um sido tratado conservadoramente e outro cirurgicamente.

Conclusões: nos doentes com DC e AAP a necessidade de intervenção cirúrgica está relacionada com a presença de fístulas e história prévia de cirurgia abdominal por DC. O tratamento médico não mostrou aumentar a taxa de recorrência. Os doentes tratados conservadoramente foram posteriormente, mais vezes medicados com terapêutica biológica em comparação com os tratados cirurgicamente, sendo esta diferença estatisticamente significativa. A terapêutica biológica revelou-se segura na DC penetrante pós AAP, com baixa taxa de recorrência.

7. PREVALÊNCIA DE HISTOLOGIA AVANÇADA EM PÓLIPOS COM MENOS DE 10 MM

D. Fernandes, P. Duarte, C. Vicente, R. Ramos, C. Casteleiro Alves
Centro Hospitalar Cova da Beira.

Introdução: O cancro colo-rectal, em 95% dos casos, deriva de adenomas. No entanto, a probabilidade de histologia avançada em pólipos com < 10 mm, bem como o impacto da exérese destes na prevenção do cancro colo-rectal, são incertas.

Objectivo: Determinar a prevalência de histologia avançada em pólipos pequenos (6-9 mm) e micropólipos (≤ 5 mm) do cólon e identificar possíveis factores de risco para histologia avançada.

Métodos: Estudo retrospectivo de 1.109 pólipos com < 10 mm excisados endoscopicamente (ansa diatérmica ou pinça de biópsia) e recuperados para análise histológica, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2011. Foram estudadas as variáveis: idade e género do doente, o número de pólipos identificados em cada doente e o tamanho, localização e histologia dos pólipos < 10 mm. A análise estatística foi efectuada com SPSS 17.0.

Resultados: Em 631 doentes, com média etária de 62 ± 12 anos e predomínio do género masculino (66%), foram excisados e recuperados para estudo histológico 1.109 pólipos com < 10 mm (408 pólipos pequenos e 701 micropólipos). Localização: 65% no cólon esquerdo, 23% no direito e 12% no transversal. Resultado histológico: 1.063 (95,9%) com histologia benigna (63,7% hiperplásicos, 28,3% adenomas tubulares, 3,2% pólipos mistos e 0,7% pseudopólipos inflamatórios), 45 (4,0%) com histologia avançada (3,1% adenomas tubulo-vilosos, 0,7% adenomas vilosos, 0,2% adenomas com displasia de alto grau) e 1 tumor carcinóide (0,1%). Quando avaliada a correlação dos factores idade, género, número de pólipos, tamanho e localização do pólipo com a histologia avançada, apenas o tamanho revelou uma associação estatisticamente significativa, sendo que 80% dos pólipos com histologia avançada correspondiam a pólipos com 6-9 mm.

Conclusões: A nossa série revelou uma prevalência de histologia avançada de 8,8% nos pólipos pequenos e 1,3% nos micropólipos. Este resultado argumenta a favor da polipectomia de pólipos pequenos, nos quais a percentagem de histologia avançada, apesar de reduzida, não é desprezível.

8. RISCO DE RECIDIVA APÓS ABCESSO ESPONTÂNEO INTRA-ABDOMINAL EM DOENTES COM DOENÇA DE CROHN

F. Vilas-Boas¹, J. Santos-Antunes¹, E. Rodrigues-Pinto¹, M. Marques¹, F. Ferreira¹, S. Rodrigues¹, A. Albuquerque¹, S. Lopes¹, L. Malheiro², C. Maia², P. Morgado³, F. Magro¹, G. Macedo¹

¹*Serviço de Gastrenterologia;* ²*Serviço de Cirurgia Geral;* ³*Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina do Porto.*

Introdução: Até 30% dos doentes com Doença de Crohn (DC) podem desenvolver abscessos intra-abdominais.

Objectivo: Definição dos factores associados ao risco de recidiva/recorrência de abcesso intra-abdominal espontâneo em doentes com DC.

Métodos: Estudo transversal de doentes com DC admitidos por abcesso intra-abdominal espontâneo de Maio de 2006 a Setembro de 2011. Excluímos os abscessos da parede abdominal e os pós-cirúrgicos. Definiu-se recidiva e recorrência como o desenvolvimento de abcesso abdominal respectivamente, durante e após o primeiro ano de intervenção terapêutica.

Resultados: Identificamos 46 episódios de abcesso espontâneo em 44 doentes (29 do sexo masculino); idade média à apresentação de 33 anos (18-57). Em 73% dos casos, os abscessos localizavam-se na fossa ilíaca direita com tamanho médio de 47 mm (12-100). A taxa de recidiva calculada foi de 19,6% e de recorrência de 8%. Dez doentes foram tratados apenas com antibioterapia (tamanho médio 37,6 mm). Apresentavam abscessos mais pequenos que aqueles que exigiram tratamento invasivo (37,6 mm vs 49 mm; $p = 0,05$). Os doentes submetidos a drenagem percutânea como primeira intervenção tinham doença de maior duração (12,06 anos) que os submetidos a drenagem cirúrgica (5,97 anos) ($p = 0,06$). Em 16 episódios (35% do total) foi feita drenagem percutânea como primeira intervenção. Houve necessidade de procedimento cirúrgico de resgate em 38% destes, sendo que todos tinham documentados trajectos fistulosos associados. Foi observada uma tendência para maior recidiva em doentes sob terapêutica imunomoduladora e/ou biológica (odds ratio [OR], 8,44; 95% de intervalo de confiança [CI], 0,95-74,44). Os valores de PCR e de leucócitos à apresentação não foram preditivos de falência terapêutica ou recorrência de abcesso.

Conclusões: A presença de trajectos fistulosos limita o sucesso da drenagem percutânea e o uso de terapêutica imunomoduladora/biológica à data do abcesso índice está associada a maior risco de recidiva.

9. COMPLICAÇÕES SÉPTICAS PÓS-OPERATÓRIAS EM DOENTES COM D. CROHN: FACTORES PREDITIVOS E INFLUÊNCIA DA TERAPÊUTICA IMUNOMODULADORA

F. Vilas-Boas¹, J. Santos-Antunes¹, E. Rodrigues-Pinto¹, S. Lopes¹, L. Malheiro², C. Maia², F. Magro¹, G. Macedo¹

¹*Serviço de Gastrenterologia;* ²*Serviço de Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina do Porto.*

Introdução: Apesar dos avanços na terapêutica médica da D. Crohn (DC), uma percentagem significativa de doentes será submetida a cirurgia abdominal.

Objectivo: Determinar a influência entre terapêutica médica da DC no pré-operatório e complicações sépticas no pós-operatório (CSPO).

Métodos: Estudo transversal de doentes com DC submetidos a cirurgia abdominal de Janeiro 2007 a Outubro 2011. Definiram-se CSPO como: infecção de ferida operatória, deiscência, abscesso, fístula entero-cutânea e infecção extra-abdominal no pós-operatório imediato. Excluímos os procedimentos por doença perianal. Apenas consideramos terapêutica imunomoduladora/biológica a efectuada nas 12 semanas anteriores à cirurgia.

Resultados: Analisamos 125 doentes com DC (73 homens (58%)) submetidos a cirurgia abdominal (73 procedimentos electivos (58%), 84 laparotomias (67%)). Idade média de 37 anos (15-70). Fez-se antibioterapia profilática em 98 doentes (78%) e em 109 (87%) no pós-operatório. Foram operados 47 doentes (38%) por estenose e 61 (49%) por doença penetrante. Em 84% dos doentes (n = 105) não se verificaram CSPO. Em vinte doentes (16%) descreveram-se CSPO: 5 infecções de ferida operatória, 4 deiscências, 4 abscessos, 1 fístula entero-cutânea e 1 infecção extra-abdominal. Observou-se deiscência e infecção extra-abdominal simultâneas em 3 doentes e em 2 deiscência e infecção de ferida. Os doentes submetidos a laparoscopia tiveram menos CSPO (odds ratio [OR] 5,3; 1,17-24,1). Nos doentes com fenótipo penetrante verificamos mais CSPO que naqueles com doença inflamatória ou estenosante (OR 4,95; 95% de intervalo de confiança [CI], 1,37-17,94). As tiopurinas no pré-operatório foram protectoras para CSPO (OR 0,17; 95% CI 0,04-0,63). Não encontramos maior taxa de CSPO nos doentes previamente sob corticóides ou terapêutica biológica. A albuminemia no pré-operatório nos doentes com CSPO foi inferior à dos que não desenvolveram infecção (p = 0,001).

Conclusões: A doença penetrante e a hipoalbuminemia condicionam maior taxa de CSPO. A terapêutica imunomoduladora reduz o risco de CSPO em doentes com DC.

10. VALOR DA PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) NA PREDIÇÃO DE RESPOSTA À TERAPÊUTICA BIOLÓGICA COM INFLIXIMAB EM DOENTES COM DOENÇA DE CROHN E COLITE ULCEROSA

E. Rodrigues-Pinto¹, J. Santos-Antunes¹, F. Vilas-Boas¹, F. Flor-de-Lima², E. Trindade³, M. Tavares³, S. Lima², S. Lopes¹, A.C. Nunes¹, J. Amil-Dias³, F. Magro¹, G. Macedo¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Pediatria; ³Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Centro Hospitalar de São João, Porto.

Introdução: O Infliximab (IFX) é eficaz no tratamento da Doença de Crohn (DC) e na Colite Ulcerosa (CU) e a proteína C reactiva (PCR) é um biomarcador útil na avaliação da actividade inflamatória.

Objectivo: Avaliar a evolução e a capacidade de predição dos valores de PCR à resposta terapêutica com IFX.

Métodos: Estudo transversal de doentes com DII sob terapêutica com IFX. Avaliou-se a PCR sérica de 148 doentes com DC e 49 doentes com CU (2.335 medições de PCR). Definiu-se não resposta primária (NRP) como ausência de melhoria sintomática e PCR persistentemente elevada; resposta sustentada (RS) como melhoria sintomática durante pelo menos 1 ano, sem ajuste terapêutico; resposta com ajuste terapêutico (RAT) se resposta clínica e analítica mas com necessidade de alteração da dose e/ou frequência de IFX ou associação de outro fármaco.

Resultados: Na DC, PCR séricas pré-tratamento mais elevadas associaram-se mais frequentemente a NRP em comparação com RS (26,2 mg/L vs 9,6 mg/L; p = 0,015) e RAT (26,2 mg/L vs 7,65 mg/L; p = 0,007). PCR séricas mais baixas à 14ª semana predizem maior probabilidade de RS em relação a RAT (3,1 mg/L vs 7,6 mg/L; p =

0,019), bem como NRP (3,1 mg/L vs 9,1 mg/L; p = 0,013). PCR séricas superiores a 25 mg/L à 14ª semana predizem NRP com 50% de sensibilidade e 80% de especificidade (AUC: 0,658). Uma variação de PCR mais elevada entre a 14ª semana e o início do tratamento prediz maior probabilidade de RS em relação a RAT (delta: 5,25 mg/L vs 0,6 mg/L; p = 0,027). Na CU, PCR séricas mais elevadas à 14ª semana predizem mais frequentemente NRP em comparação com RS (5,4 mg/L vs 2,1 mg/L; p = 0,013).

Conclusões: A PCR correlaciona-se com o padrão de resposta ao IFX na DC. PCR mais baixas no início, à 14ª semana e 1 ano de tratamento correlacionam-se com resposta sustentada e com menor probabilidade de ajuste terapêutico.

11. A IMPORTÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE ZARGAR NO PROGNÓSTICO DA INGESTÃO DE CÁUSTICOS: EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS

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

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

Introdução: A ingestão de substâncias cáusticas é um problema relativamente comum, que pode provocar lesões graves no trato gastrointestinal superior. A maioria das ingestões não requer cuidados especiais, sendo que o internamento ocorre raramente.

Objectivo: Avaliaram-se características demográficas, substâncias ingeridas, gravidade das lesões, complicações e valor prognóstico dos achados endoscópicos. Testes estatísticos: Mann-Whitney; α 2.

Métodos: Entre 2005 e 2012 seleccionaram-se 22 doentes consecutivos com necessidade de internamento por ingestão de cáusticos. A gravidade das lesões e/ou as comorbilidades foram motivo de internamento. Todos foram submetidos a EDA precoce (< 24h) e as lesões esofágicas, gástricas e duodenais foram graduadas segundo a classificação de Zargar em ligeiras-1 e 2a- e graves-2b, 3a e 3b.

Resultados: Sexo feminino 54,4%. A idade mediana 47 anos (mínima-23; máxima-85 anos). A ingestão voluntária em 54,5%. Ingestão alcalina em 77,3% e ácida em 22,7%. Sintomas mais frequentes: vômitos (31,8%), odinofagia (22,7%) e dor abdominal (18,2%). A mediana de dias de internamento foi 7,5 dias (2-51 dias). As lesões foram graduadas em 1 (n = 2; 9,1%), 2a (n = 9; 40,9%), 2b (n = 4; 18,2%), 3a (n = 0) e 3b (n = 7; 31,8%). Em mais de metade dos casos (n = 12; 54,5%) as lesões graves localizaram-se no esófago. Registaram-se complicações (insuficiência respiratória, pneumonia de aspiração, alterações das transaminases, estenose esofágica) em 5 doentes (22,7%), maioritariamente nas lesões graves. Não ocorreram complicações iatrogénicas. Um doente faleceu. As lesões graves associaram-se mais à ingestão de substâncias ácidas (p = 0,02), motivaram um internamento mais longo (p = 0,005), mais admissões em cuidados intensivos (p = 0,04) e necessidade de ventilação invasiva (p = 0,04).

Conclusões: 1. A classificação endoscópica das lesões cáusticas permite estratificar a gravidade das lesões com implicações no prognóstico e tempo de internamento; 2. As substâncias ácidas estão associadas a lesões mais graves.

12. IMPACTO DA ENTERO-RESSONÂNCIA NA DOENÇA DE CROHN - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

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

Hospital de Braga.

Introdução: A enterografia por ressonância magnética (entero-RMN) é fundamental na avaliação da doença de Crohn (DC),

nomeadamente na determinação da extensão e atividade da doença, assim como na deteção de complicações extraluminais. Propusemos avaliar o impacto da entero-RMN nas alterações terapêuticas destes doentes no último ano num centro terciário.

Método: Análise retrospectiva das entero-RMN e subsequente orientação de doentes com suspeita ou diagnóstico de DC, entre Janeiro e Dezembro de 2011.

Resultados: Dos 69 doentes (48H/21M, idade média $33,1 \pm 12,6$ anos) que realizaram entero-RMN, 17 realizaram o exame por suspeita de DC, a qual se confirmou em apenas 2 doentes. Os restantes 52 realizaram o exame para estadiamento ou deteção de complicações da DC. Neste grupo, a entero-RMN não alterou a localização da doença previamente definida por endoscopia, mas revelou sinais imagiológicos sugestivos de doença ativa em 26 (50%) doentes e detectou 23 complicações (18 estenoses, 3 fistulas e 2 abscessos) em 19 (27%) doentes; em 7 (13%) doentes o exame não revelou alterações. A entero-RMN associou-se a uma alteração na orientação clínica subsequente de 29 (56%) doentes: 24 doentes progrediram na terapêutica (13 doentes iniciaram imunomodulador e 11 iniciaram terapêutica biológica); 3 doentes necessitaram de cirurgia; 2 doentes necessitaram de dilatação endoscópica. Numa análise multivariada, associaram-se a alteração da orientação destes doentes os achados positivos (atividade e/ou complicações) na entero-RMN ($p = 0,0001$) e a história prévia de cirurgia ($p = 0,02$). Documentaram-se 29 achados imagiológicos não relacionados com a doença de Crohn.

Conclusões: O principal papel da entero-RMN na doença de Crohn é na avaliação da atividade da doença e deteção de complicações, sendo fundamental na orientação subsequente dos doentes, como reflete este estudo.

13. SERÁ A DIABETES MELLITUS TIPO 2 UM FACTOR DE RISCO PARA NEOPLASIAS COLO-RECTAIS?

A. Fernandes, J. Carvalheiro, M.J. Pereira, S. Giestas, R. Ferreira, M. Ferreira, S. Mendes, Z. Romão, C. Agostinho, R. Mesquita, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Os doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DMt2), particularmente os que recebem insulino-terapia, podem apresentar um risco acrescido para desenvolvimento de neoplasias colo-rectais (NCR).

Objectivo: Determinar, numa população de doentes submetidos a colonoscopia eletiva, se a presença de DMt2 poderá constituir um fator de risco para NCR.

Métodos: Incluídos, retrospectivamente, 365 doentes (208 do sexo masculino; Média Etária - $62,4 \pm 14,3$ anos) submetidos a colonoscopia eletiva. Principais indicações: rastreio, dor abdominal, retorragias, anemia, obstipação crónica. Estes exames foram realizados no período de um ano (Julho/2010-Junho/2011) excluindo-se os doentes com doença inflamatória intestinal, colonoscopia incompleta e antecedentes de NCR (carcinomas e/ou adenomas). Registou-se a presença/ausência de DMt2, respetivas terapêuticas, presença/ausência de NCR e, para os pólipos, a sua localização, número, dimensões e histologia. Efetuada correlação da identificação de NCR com a presença de DMt2 e respetiva terapêutica. Estudo estatístico efetuado com SPSSv17.0.

Resultados: Dos 365 doentes, 78 apresentavam DMt2 (51 do sexo masculino; Média Etária - $69,6 \pm 8,4$ anos; Terapêuticas: Insulina-26,9%; Metformina-73,1%; Sulfonilureias-30,8%; Estatinas-46,2%; AAS-29,5%). Foram diagnosticadas NCR em 211 doentes (62 com DMt2), dos quais 196 exclusivamente com pólipos, 3 com adenocarcinomas vegetantes e 12 com pólipos+adenocarcinoma. Predominaram os pólipos sésseis (69,2%); 31,2% dos doentes tinham ≥ 3 pólipos; Localização: distal - 57,2%; proximal - 16,8%;

proximal+distal - 26%. Dimensão dos pólipos inferior a 1 cm em 69,3% dos doentes; histologia dominante - adenoma tubular (54,3%); displasia de baixo grau em 87,1% dos pólipos. A deteção de NCR foi mais comum nos doentes com DMt2 comparativamente aos não diabéticos (79,5% vs 51,9%; $p < 0,0001$), sem que se verificasse qualquer diferença condicionada pelo tipo de terapêutica.

Conclusões: Neste estudo parece existir uma associação significativa entre a DMt2 e a presença de NCR. Deste modo, é lícito considerar estes doentes como um grupo de maior risco nas estratégias de rastreio do Carcinoma Colo-Retal.

14. RELEVÂNCIA CLÍNICA DA CARACTERIZAÇÃO HISTOLÓGICA DE PÓLIPOS DIMINUTOS

C. Cardoso, D. Trábulo, R. Freire, M.I. Cremers, A.P. Oliveira

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: A relevância da avaliação histológica dos pólipos diminutos é uma questão controversa, com base em alguns estudos que sugerem que a sua utilidade se limita a determinados subgrupos de doentes.

Objectivo: Avaliar o impacto da avaliação histológica de pólipos diminutos na abordagem terapêutica e na estratégia de vigilância dos doentes, de acordo com as recomendações da American Gastroenterological Association.

Métodos: Análise prospectiva de doentes com pólipos diminutos (≤ 5 mm) detectados e removidos em colonoscopia total, recrutados durante um período de 12 meses. Verificou-se se o conhecimento da histologia dos pólipos diminutos alterou as opções terapêuticas ou os intervalos de vigilância inicialmente propostos.

Resultados: Foram incluídos 317 doentes, dos quais 66,9% do sexo masculino, com uma idade média de 64 anos. As principais indicações para o exame foram a vigilância de pólipos, a realização de polipectomia e o rastreio do cancro colorrectal. Foram analisados 470 pólipos diminutos, na sua maioria adenomas tubulares com displasia de baixo grau (55,3%) e hiperplásicos (41,9%), salientando-se a ausência de lesões histológicas avançadas. A avaliação histológica não modificou a abordagem terapêutica em nenhum caso, condicionando, contudo, uma alteração nos intervalos de vigilância em 12,3% dos doentes, que se limitou aos subgrupos que apresentavam três ou mais pólipos com dimensões inferiores a 10 mm e naqueles com um ou dois pólipos diminutos sem história familiar de cancro colorrectal.

Conclusões: Na nossa série, a avaliação histológica dos pólipos diminutos não modificou a abordagem terapêutica. Contudo, levou à antecipação do intervalo de vigilância numa minoria de doentes, restrita a dois subgrupos, que serão aqueles onde continua a ser recomendável o exame histológico.

15. SERÁ A DOXICICLINA UMA ALTERNATIVA VÁLIDA, EM PORTUGAL, NO TRATAMENTO DO HELICOBACTER PYLORI MULTIRESISTENTE?

J.M. Romãozinho^{1,2}, N. Almeida¹, M.M. Donato², C. Luxo³, O. Cardoso³, M.A. Cipriano⁴, C. Marinho⁴, R. Figueiredo², C. Sofia^{1,2}

¹Serviço de Gastreenterologia; ⁴Serviço de Anatomia Patológica. CHUC. ²Centro de Gastreenterologia, Faculdade de Medicina;

³Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.

Introdução: A infeção pelo *Helicobacter pylori* (Hp) é muito comum, mas a sua erradicação só deve ser tentada perante indicações específicas. Tem-se verificado uma resistência crescente do Hp aos antimicrobianos de 1ª linha, condicionando as opções terapêuticas, mormente nos países em que agentes de 2ª linha, como a tetraciclina, a furazolidona e os sais de bismuto, não estão disponíveis.

Objectivo: Avaliar a eficácia de um protocolo triplo de erradicação, com doxiciclina, no tratamento da infeção pelo Hp multiresistente.

Métodos: Estudo prospetivo envolvendo 14 dispépticos (sexo feminino - 11; média de idades - $50,4 \pm 11,6$ anos) antes sujeitos, sem sucesso, a uma mediana de 2 (1 a 6) tentativas de erradicação do Hp. Todos os doentes realizaram EDA com colheita de biópsias para cultura e antibiograma, o qual revelou resistência à claritromicina, metronidazol e levofloxacina, e sensibilidade à amoxicilina e tetraciclina. Foi estabelecido um protocolo triplo de erradicação integrado pelo pantoprazol 80 mg 2 id (13 dias), amoxicilina 1 g 12/12h (10 dias) e doxiciclina 100 mg 12/12h (10 dias), e registados a aderência à terapêutica e os efeitos adversos. O resultado final foi determinado pelo teste respiratório com ureia C^{13} realizado 8 a 10 semanas após conclusão do tratamento.

Resultados: Dos 14 dispépticos, apenas 1 interrompeu a terapêutica devido à ocorrência de efeitos colaterais (náuseas, vômitos e dores abdominais), os quais surgiram ainda, embora mais frustes, em outros 3 doentes. O teste respiratório foi positivo em todos os doentes, traduzindo o completo insucesso do protocolo de erradicação utilizado.

Conclusões: A doxiciclina, antimicrobiano do grupo das tetraciclina por alguns considerado um agente anti-Hp de 2ª linha, não constitui uma alternativa válida, em Portugal, no tratamento do Hp multiresistente.

16. INGESTÃO DE AGENTES CÁUSTICOS - CASUÍSTICA DE 16 ANOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

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

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A ingestão de substâncias cáusticas, voluntária ou acidental, induz um espectro amplo de lesões no trato gastrointestinal. A endoscopia digestiva alta (EDA) é o exame complementar de diagnóstico que possibilita avaliar a extensão e a gravidade das lesões, permitindo estabelecer o prognóstico e determinar a melhor abordagem terapêutica.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes que efectuaram EDA por ingestão de cáusticos num período de 16 anos (1996-2011), num Hospital Distrital. Avaliaram-se as circunstâncias da ingestão, tipo de produto, observação endoscópica e otorrinolaringológica (ORL), tratamento e complicações. Foi utilizada a classificação endoscópica de Zargar.

Resultados: Registaram-se 51 casos de ingestão de cáusticos, a maioria de forma voluntária ($n = 33$; 64,71%). Em 74,5% ($n = 38$) dos casos foram ingeridas substâncias alcalinas. A EDA foi realizada em média 20H (2-72H) após a admissão. Correlação das lesões endoscópicas/ORL encontradas: (1) EDA normal-13/ORL normal-7; com lesões-3; não observados (NA)-3; (2) grau I-13/ORL normal-3; com lesões-6; NA-4; (3) grau IIa-8/ORL normal-1; com lesões-5; NA-2; (4) grau IIb-7/ORL com lesões-5; NA-2; (5) grau III-10/ORL com lesões-9; NA-1. Não se verificou nenhuma perfuração esofágica. Em 17,6% dos casos ($n = 9$; grau III - 6, grau IIb - 3) verificou-se evolução para estenose esofágica e/ou antro pilórica. A maioria destes doentes necessitou de intervenção endoscópica e/ou cirúrgica: dilatação endoscópica ($n = 2$), colocação de prótese endoscópica ($n = 2$), cirurgia ($n = 2$). A taxa de mortalidade foi 3,9% ($n = 2$), todos doentes com lesões grau III.

Conclusões: Os agentes cáusticos são ingeridos mais frequentemente como tentativa de suicídio. Dos doentes que efectuaram EDA, 25% não apresentou lesões endoscópicas. A ausência de lesões ORL não excluiu a presença de lesões endoscópicas. A intervenção endoscópica teve um papel importante

na resolução dos casos de estenose sintomática. As lesões endoscópicas mais graves correlacionaram-se com a presença de lesões ORL, desenvolvimento de estenose e mortalidade.

17. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NA PRÁTICA CLÍNICA

R. Küttner Magalhães, P. Lago, M.J. Magalhães, P. Salgueiro, D. Gonçalves M., Salgado, C. Caetano, I. Pedroto

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

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) idiopática constitui um grupo heterogéneo de patologias inflamatórias crónicas cada vez mais frequente na prática clínica gastroenterológica. É essencial a criação de consultas especializadas dedicadas ao seu diagnóstico, investigação, seguimento e tratamento.

Objectivo: Investigar as características clínicas e o tratamento dos doentes com DII.

Métodos: Recolha dos dados demográficos, clínicos e de tratamento dos doentes seguidos em consulta de DII, num Hospital Terciário.

Resultados: Total de 935 doentes; 56,7% do sexo feminino; idade média 47,8 anos (18-92); duração média de diagnóstico 11,7 anos (3 meses-51 anos). DC-60,2% ($n = 563$); CU-36,3% ($n = 339$); Colite não classificada-3,5% ($n = 33$). Na DC: L1-33,5%, L2-22,6%, L3-33,3%, L4 isolado ou em associação com outra localização-9,6%; B1-52,0%, B2-29,9%, B3-18,1%; Doença perianal-27,7%. Na CU: E1-32,4%, E2-43,4%, E3-24,2%. Do global: 27,3% têm manifestações extraintestinais (MEI); 43,1% estão sob imunossupressão (IS); 18% sob biológicos; 6,0% sob terapêutica combinada (11,2% no passado); 28,0% submetidos a cirurgia do delgado ou cólon. Na DC, a média de idades é inferior à CU (45 vs 52 anos, $p < 0,001$), predominando o sexo feminino em ambas (DC-63,2% vs CU-61,4%, $p = 0,587$). Os doentes com DC apresentam mais frequentemente MEIs do que aqueles com CU (32,3% vs 19,8%, $p < 0,001$); são mais frequentemente medicados com IS (60,7% vs 17,4%, $p < 0,001$), terapêutica biológica (26,5% vs 5,6%, $p < 0,001$), terapêutica combinada, actualmente (8,2% vs 2,9%, $p = 0,003$), terapêutica combinada, no passado (16,9% vs 3,8%, $p < 0,001$) e têm um risco 18 vezes superior de serem submetidos a cirurgia (44,0% vs 4,1%, $p < 0,001$, OR: 18,22, IC 95%, 10,4-31,9).

Conclusões: Neste estudo as características clínicas da DC e da CU aproximam-se das descritas na literatura médica. Salienta-se o maior peso que a DC representa quer na necessidade de terapêutica médica imunossupressora e biológica, quer no recurso a cirurgia.

18. METOTREXATO NO TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

R. Küttner Magalhães, P. Lago, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, A. Rodrigues, M. Salgado, C. Caetano, I. Pedroto

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

Introdução: Embora a imunossupressão com metotrexato esteja indicada no tratamento da Doença Inflamatória Intestinal (DII), o seu uso na prática clínica é limitado.

Objectivo: Avaliação das indicações, eficácia e efeitos adversos do uso do metotrexato na DII.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, no qual foram analisadas características demográficas e clínicas dos doentes medicados com metotrexato seguidos em consulta de DII.

Resultados: Total de 935 doentes, 403 sob imunossupressão: tiopurinas em 89,3% ($n = 360$) e metotrexato em 10,7% ($n = 43$). Dos

doentes sob metotrexato: 29H/14M; idade média de 48,3 anos (26-75); 2-Colite Ulcerosa, 40-Doença Crohn, 1-Colite não classificada; duração média de tratamento 33 meses (1-115 meses); manifestações extraintestinais (MEI) em 58,1% (n: 25) e doença perianal em 37,2% (n: 16). Foi fármaco de 1ª escolha em 23,3% (n: 10), sendo a manifestação articular de DII a sua principal indicação (70%). Foi fármaco de alternativa, por toxicidade ou ineficácia das tiopurinas em 76,7% (n: 33), tendo como indicações a gravidade da doença em 42,4% (n: 14) e corticodependência em 39,4% (n: 13). Em 65,1% (n: 28) houve resposta parcial e em 23,3% (n: 10) resposta completa. As reacções adversas ocorreram em 41,9% (n: 18): reacção sistémica em 5 (suspensão do metotrexato em 2), alteração de enzimas hepáticas em 5 (suspensão do metotrexato em 2), intolerância gastrointestinal em 4 (suspensão do metotrexato em 2), infecção em 3 (suspensão do metotrexato em 2) e mielotoxicidade num caso. Os doentes medicados com metotrexato apresentam mais vezes MEI (58,1% vs 25,8%, $p < 0,001$), doença perianal (37,2% vs 17,3%, $p = 0,002$) e cirurgia do delgado ou cólon (53,5% vs 26,8%, $p < 0,001$).

Conclusões: O metotrexato, apesar de pouco utilizado, apresenta uma eficácia satisfatória no tratamento da DII. As MEI constituem uma indicação particular deste fármaco, que apresenta uma incidência considerável de efeitos laterais.

19. TEMPO DE TRANSITO CÓLICO E DEFECOGRAFIA NO ESTUDO DA OBSTIPAÇÃO CRÓNICA

A. Oliveira, T. Correia, P. Souto, J. Ilharco, C. Gregório, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objectivo: Segundo os critérios de Roma III, a obstipação não é apenas definida pela frequência de dejeções. O Tempo de Transito Cólico (TTC) com marcadores radiopacos avalia o tempo de trânsito total e segmentar, sendo um dos vários estudos utilizados na avaliação da obstipação crónica.

Métodos: Avaliação retrospectiva dos doentes com obstipação crónica, submetidos a Estudo de TTC no nosso serviço, no período compreendido entre Maio de 2008 e Janeiro de 2012. Em todos foi utilizado o protocolo de Abrahamsson. Um subgrupo destes realizou defecografia convencional.

Resultados: Foram avaliados 104 doentes com idade média de 46 anos e 91% do sexo feminino. O TTC total estava aumentado em 30,8% dos casos. No total dos casos, 17,3% apresentava uma acumulação de marcadores limitada à direita, 24% à esquerda, 12,5% em ambos e 46,2% não tinha alterações. Nos casos em que o TTC total estava aumentado, 71% apresentava acumulação à direita enquanto nos que tinham um TTC total normal, 64% apresentavam atrasos limitados ao cólon esquerdo (RR 4,3; 1,4-13,4). A defecografia foi realizada em 46 doentes. Destes, 52,2% apresentavam compromisso no esvaziamento da ampola rectal, 28% invaginação, 37% rectocelo, 19,6% má abertura do angulo ano-rectal e 23,4% descida patológica do pavimento pélvico. Dos doentes em que não havia normal abertura do angulo ano-rectal, 88,9% apresentava compromisso do esvaziamento (RR 10,5; 1,2-92,7). O rectocelo estava presente em 61,5% dos casos em que havia invaginação versus 27,3% quando não havia (RR 4,3; 1,1-16,5). Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre alterações no TTC e alterações na defecografia.

Conclusões: Uma grande percentagem dos doentes apresenta um TTC total e segmentar normal. Na maioria dos doentes a defecografia demonstrou alterações. Não houve relação entre alterações observadas nos dois exames, assumindo-se a sua complementaridade, traduzindo perspectivas diferentes.

20. RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE GRANDES PÓLIPOS DO CÓLON-UM DESAFIO GANHO?

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

Serviço de Gastrenterologia, Hospital do Espírito Santo de Évora EPE.

Introdução e objectivo: Apesar de representarem uma minoria dos pólipos encontrados na colonoscopia, as lesões sésseis ou pediculadas de grandes dimensões (> 2 cm), representam habitualmente um desafio para o endoscopista. Receios relativos à segurança, ressecção incompleta e recorrência motivam o recurso à cirurgia para estas lesões que em grande parte são benignas. O objectivo deste trabalho foi avaliar a prática clínica da nossa instituição no manejo destes pólipos.

Métodos: Estudo retrospectivo do período de tempo compreendido entre 2007 e 2011, num hospital comunitário. Analisaram-se os dados demográficos, os relativos à caracterização das lesões polipóides benignas, ressecção endoscópica/cirúrgica e seguimento. Análise comparativa de dados pelo teste exacto de Fisher.

Resultados: Incluindo 86 doentes, em que 78 realizaram ressecção primária endoscópica e oito ressecção primária cirúrgica (pólipo considerado não ressecável endoscopicamente). A idade média foi de 66,7 anos e 50 pertenciam ao género masculino. Os pólipos pediculados localizaram-se preferencialmente no cólon esquerdo ($p < 0,001$) ao contrário dos sésseis planos (cólon direito; $p = 0,023$). A maioria das lesões tinha dimensões entre 2 e 3 cm ($n = 44$) e era sésseis ($n = 37$) com baixo grau de displasia. Identificaram-se lesões síncronas em 36 casos. Em 29 casos foi utilizada a técnica de elevação da submucosa. A ressecção endoscópica em fragmentos ($n = 38$) não acarretou mais complicações mas incrementou a recorrência local ($p = 0,0324$), cuja taxa global se situou nos 20,8%. Dos casos com recorrência local, 20% eventualmente necessitou de cirurgia ($n = 2$). Quatro doentes falharam uma primeira tentativa de ressecção endoscópica e foram operados (5,1%). A taxa de complicações graves na ressecção primária cirúrgica foi de 25% contra os 3,8% da ressecção primária endoscópica.

Conclusões: A excisão endoscópica de grandes pólipos mostrou ser segura, com baixo número de ressecções incompletas e com uma taxa de recorrência considerada aceitável e comparável à de séries internacionais.

21. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA DO LINFOMA GÁSTRICO PRIMÁRIO: SÉRIE DE 31 CASOS

J. Carvalheiro, R. Ferreira, J. Alves, M.J. Pereira, A. Fernandes, S. Mendes, C. Agostinho, M. Ferreira, Z. Romão, R. Mesquita, C. Sofia

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Hospital Geral.

Introdução: O estômago é o órgão mais frequentemente envolvido por linfomas extraganglionares. Trata-se, contudo, de uma patologia pouco frequente, constituindo apenas 2-8% das neoplasias gástricas.

Objectivo: Caracterização clínica, endoscópica e histológica assim como o tipo e resposta ao tratamento dos linfomas gástricos primários (LGP) diagnosticados no nosso hospital durante um período de 8 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo com consulta dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de LGP, de 1 de Janeiro de 2004 a 31 de Dezembro de 2011.

Resultados: 31 doentes, 55% do sexo masculino, idade média de $69 \pm 12,7$ anos. Sintomas mais frequentes: epigastralgias (45%),

astenia (29%), perda ponderal (29%), melenas (26%) e anorexia (26%). Sintomas B em 16% dos casos. Caracterização endoscópica: A) Localização: corpo 48%, antro 16%, cardia 13%, fundo 6% e multifocal 16%; B) Morfologia: ulcerada 36%, infiltrativa 29%, vegetante 13%, ulcerovegetante 10%, polipoide 10% e granular 3%. Caracterização histológica: linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) 61%, MALT 26%, linfoma do manto 10% e linfoma de Burkitt 3%. Estadiamento (classificação Blackledge): estadio I - 6%, II1 - 10%; II2 - 6%, IIE - 0, IV - 78%. Infecção concomitante por *Helicobacter pylori* em 39% dos doentes (75% no MALT e 33% no LDGCB). Tratamento: A) erradicação de *Helicobacter pylori* nos doentes com infecção, eficaz em 2/3; B) quimioterapia (QT) isolada 81% (R-CHOP-36%, CVP-20%, outros regimes - 44%), QT + cirurgia 10%, cirurgia isolada 3%. Recidiva em 19% (6/31) dos casos (3 LDGCB e 3 MALT). Mortalidade 54%. Sobrevida média de 27 ± 29 meses.

Conclusões: Nesta série, o LGP manifestou-se com quadro clínico inespecífico e achados endoscópicos incomuns. Constatou-se uma elevada taxa de mortalidade que pode estar relacionada com o predomínio de linfomas de alto-grau e em estadio avançado. Destaca-se ainda o facto do tratamento desta patologia permanecer alvo de controvérsia.

22. TUBERCULOSE LATENTE NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: IMPACTO DA IMUNOSSUPRESSÃO NA PERFORMANCE DE UM INTERFERON- γ RELEASE ASSAY

J. Machado, P. Ministro, P. Sousa, J. Loureiro, J. Ribeiro, A. Silva

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.

Introdução: O rastreio da tuberculose latente (TL) é de primordial importância nos doentes com doença inflamatória intestinal (DII). Actualmente dispomos dos Interferon-gamma Release Assay (IGRA) como método adicional de rastreio. O QuantiFERON®-TB Gold in-Tube (QTF®) baseia-se no doseamento do INF-gamma libertado no sangue periférico em resposta a péptidos que simulam a ESAT6, CFP 10 e TB7.7 do *Mycobacterium tuberculosis*. A amostra é colhida para 3 tubos, controlo negativo "Nil", antígeno (TBag) e controlo positivo "Mitogénio". Uma baixa resposta ao "Mitogénio" pode ocorrer quando existem linfócitos insuficientes ou incapacidade dos linfócitos em gerar IFN-gamma.

Objectivo: Avaliar o impacto da terapêutica imunossupressora (IS) na performance do QTF®.

Métodos: Foram incluídos doentes com DII, submetidos a rastreio de TL com QTF®. Os dados clínicos foram colhidos do processo hospitalar e os doseamentos *in vitro* de INF-gamma obtidos através do software do fabricante. Foi comparada a produção *in vitro* de INF-gamma do tubo do "mitogénio" e o resultado final quantitativo do teste ("TBag"- "Nil") nos doentes com e sem terapêutica IS bem como nos diferentes regimes terapêuticos. Análise estatística: SPSS 17.0.

Resultados: Foram incluídos 83 doentes e efectuados 92 testes QTF®. Sessenta e um (73,5%) doentes tinham Doença de Crohn, 20 (24,1%) Colite Ulcerosa e 2 (2,4%) Colite Não Classificada. Idade média à data do teste: 35,2 ± 11,9 anos. Vinte e nove (31,5%) encontravam-se sob terapêutica IS à data do teste: 17 (18,5%) imunossupressão clássica (azatioprina e metotrexato), 10 (10,9%) corticoterapia e 2 (2,2%) com ambas. Verificou-se uma secreção de INF-gamma (concentração) significativamente menor no tubo "mitogénio" nos doentes sob terapêutica IS clássica quando comparados com os doentes sem terapêutica IS. Constatou-se que o resultado final do teste não foi significativamente influenciado pela terapêutica IS.

Conclusões: Na nossa amostra o resultado final do teste IGRA não foi influenciado pela terapêutica IS.

23. IBP: IMPLEMENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NOS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES

S. Campos, E. Cunha, N.J. Silva, A. Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O uso excessivo de inibidores da bomba de protões (IBP), uma das classes terapêuticas mais prescritas em Portugal, tem suscitado a preocupação de melhorar a sua prescrição, nomeadamente pela criação de normas pela Direcção-Geral de Saúde (DGS).

Objectivo: Caracterização de uma população sujeita a IBP durante internamento hospitalar e análise da sua correcta prescrição.

Métodos: Estudo transversal incluindo doentes internados num serviço de Medicina Interna sujeitos a IBP entre 1 Janeiro e 30 Junho de 2010. Avaliou-se o cumprimento da prescrição de IBP segundo guidelines redigidas pelas principais sociedades internacionais.

Resultados: No período estudado, internaram-se 949 doentes. Destes, 24,97% fizeram IBP - 56,12% eram do sexo feminino, com idade média 76,49 anos, 33,97% apresentavam múltiplas comorbilidades e 39,24% faziam já IBP em ambulatório. Apenas 15,55% destes doentes tinham indicação formal para IBP, mais frequentemente por úlcera péptica (21,62%). Dos restantes, sem indicação para IBP, destacam-se como possíveis justificações para a sua prescrição: anti-coagulação/anti-agregação plaquetária (27,5%), corticoterapia (13,5%), cirrose hepática (8,5%), choque séptico ou profilaxia de úlcera por AINE sem factores de risco (2,0%) e hemorragia digestiva baixa (HDB-0,5%). Em 46,0% destes doentes não se encontrou nenhuma fundamentação para IBP. Doentes com IBP inadequadamente prescrito aquando da admissão hospitalar têm um risco 6,88 vezes superior ($p < 0,001$) de manterem o IBP sem motivo após a alta. Do gasto total de 3.030 euros em IBP, 2.209 euros (72,93%) foram gastos em excesso.

Conclusões: Os IBP estão a ser sobre-utilizados, não contribuindo a admissão hospitalar para a sua melhor prescrição. A presença isolada de corticoterapia, anti-coagulação/anti-agregação plaquetária, AINE, HDB, cirrose hepática ou profilaxia de úlcera de stress em doentes de baixo risco pode estar a ser incorrectamente invocada para prescrever IBP. A administração inadequada de IBP reflecte-se em gastos excedentários, recomendando-se o seu uso racional de modo a obviar a sua sobre-utilização e toxicidade.

24. ENTEROSCOPIA POR VIDEO-CÁPSULA NA PRÁTICA CLÍNICA: A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS

A. Santos, B. Pereira, C. Leitão, E. Pereira, A. Caldeira, R. Sousa, J. Tristan, A. Banhudo

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: A enteroscopia por vídeo-cápsula está disponível para diagnóstico desde 2001 tendo revolucionado o diagnóstico da patologia do intestino delgado. Na nossa unidade hospitalar esta técnica foi introduzida em 2002, portanto há 10 anos.

Objectivo: Rever a experiência de 10 anos, de utilização desta técnica tendo em conta as indicações, diagnósticos, limitações e complicações.

Métodos: Recolhemos retrospectivamente dados técnicos, indicações, diagnósticos, limitações e complicações de todos os exames realizados entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2011, seguido de análise estatística descritiva dos dados obtidos.

Resultados: Realizaram-se 239 exames (Pillcam SB®, Given Imaging, Yoqneam, Israel) em 238 doentes (59,8% mulheres) com média de idades de 57,14 anos (13-89 anos). As médias dos tempos de trânsito gástrico e do delgado foram de 60,9 minutos (3 - > 360 minutos) e de 319,4 minutos (80 a 540 minutos). O cego não foi alcançado em 22% dos casos. As principais indicações do exame foram a hemorragia digestiva obscura (57,7%) e a doença de Crohn

(25,1%). Em 107 doentes (44,7%), o exame não revelou qualquer alteração, constituindo as angiectasias (18,4%) e as erosões/úlceras (13,8%) os achados mais frequentes. Não se verificaram retenções, nem qualquer complicação relacionada com o exame.

Conclusões: Os dados epidemiológicos desta casuística estão de acordo com os descritos na literatura, assim como as principais indicações e achados durante o exame. A enteroscopia por vídeo-cápsula revelou-se ainda um exame seguro, não se tendo verificado a existência de qualquer complicação. Verificou-se ainda uma elevada taxa de exames que não revelaram qualquer alteração da mucosa visualizada, podendo sugerir uma eventual necessidade de melhorar os critérios de selecção dos doentes submetidos a enteroscopia por vídeo-cápsula.

25. O IMPACTO DOS MUITO IDOSOS NUM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA

T. Correia, A. Oliveira, N. Almeida, C. Sofia,

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objectivo: O aumento da esperança média de vida conduz a um aumento de doenças crónicas e suas complicações e consequentemente a um incremento do número de internamentos hospitalares e custos associados. O objectivo deste estudo é avaliar parâmetros clínicos mais prevalentes em doentes muito idosos (> 80 anos).

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes internados num Serviço de Gastroenterologia num período de dois anos. Avaliaram-se parâmetros demográficos, proveniência, diagnóstico primário, exames complementares realizados, evolução e tempo de internamento. De acordo com a idade, os doentes foram divididos em 2 grupos: Grupo A - inferior a 80 anos e Grupo B - superior ou igual a 80 anos.

Resultados: Identificaram-se 2984 internamentos, correspondente a 2387 doentes (idade mediana: 67 anos, 14 a 103 anos), sendo 22,6% do Grupo B (idade média: Grupo A 58,6 anos; Grupo B 85,2 anos, $p < 0,001$). O sexo feminino é mais prevalente no grupo B (35,9% vs 56,6%, $p < 0,001$). O tipo de internamento através do Serviço de Urgência é o mais prevalente (81,5%); os internamentos programados são mais frequentes no grupo A, $p < 0,0001$. As patologias com maior prevalência no grupo B comparativamente ao A são: doenças das vias biliares, doença ulcerosa péptica, patologia vascular e doença não inflamatória não neoplásica intestinal ($p < 0,05$). Não existe diferença estatística no número de internamento de etiologia neoplásica entre os grupos. Os doentes muito idosos realizaram mais exames complementares de diagnóstico durante o internamento, em particular exames endoscópicos ($p < 0,05$). O grupo B apresentou internamentos mais prolongados (10,7 vs 12,0, $p < 0,05$). A mortalidade foi igualmente superior no grupo B (10,8% vs 7,8%, $p < 0,05$).

Conclusões: Doentes com idade superior a 80 anos internados num Serviço de Gastroenterologia representam um grupo que acarreta maiores custos (maior tempo de internamento e mais exames complementares) e pior prognóstico.

26. AVALIAÇÃO DA REGRESSÃO HISTOLÓGICA APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CANCRO GÁSTRICO

B. Pereira¹, C. Calle², C. Lagos¹, M. Serrano¹, J. Dinis Silva¹, S. Mão de Ferro¹, S. Ferreira¹, R. Fonseca², P. Chaves², A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica. Consulta Multidisciplinar de Tumores do Esófago e Estômago, IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Introdução: A regressão tumoral (RT) no contexto de quimioterapia peri-operatória do cancro gástrico constitui um parâmetro objetivo

de resposta; vários estudos associam o grau RT ao prognóstico. Uma proporção elevada de doentes tem resposta limitada, admitindo-se que um aumento do tempo até à cirurgia possa comprometer a terapêutica. A previsão da resposta à quimioterapia seria útil.

Objectivo: Avaliar a RT na peça operatória de neoplasia gástrica após quimioterapia neoadjuvante e a sua correlação com variáveis clínicas.

Métodos: 66 doentes com cancro gástrico localmente avançado (T ≥ 3 ou N+) foram submetidos a quimioterapia neoadjuvante (3 ciclos de cisplatina e epirrubicina) seguida de cirurgia de ressecção. As peças foram revistas e a RT classificada de acordo com Becker (Ia: sem tumor residual; Ib: tumor residual < 10%; II: tumor residual 10-50%; III: > 50% tumor residual). A RT foi correlacionada com variáveis clínico-patológicas e mortalidade.

Resultados: Quinze doentes (22,7%) apresentaram RT completa ou subtotal (8 Ia e 7 Ib), 19 (28,8%) parcial (II) e os restantes 32 (48,5%) mínima (III). Verificou-se maior RT em indivíduos estadiados pré-tratamento como T1/2 ($p = 0,002$), que também se associou a estádios ypT e N mais precoces ($p = 0,001$ e $p = 0,003$). Não se verificou associação com sexo, idade, diferenciação histológica e localização tumoral. A RT Ia/Ib foi mais frequente nos tumores de tipo intestinal (27,7%) do que de tipo células pouco coesas (10,5%) ($p = 0,29$). Durante o seguimento (mediana: 11 meses- 0-33 meses) verificaram-se 16 óbitos [1/15 doentes com RT Ia/Ib (6,7%) e 15/51 com RT II/III (29,4%), ns].

Conclusões: Observou-se RT significativa em cerca de 1/4 dos doentes, valor sobreponível ao das séries publicadas. À exceção do estágio pré-terapêutico não se identificaram outras variáveis com valor preditivo da RT, úteis na seleção de doentes para este tipo de tratamento.

27. COLITE ISQUEMICA NO DOENTE HEMODIALIZADO

A. Gomes, M. Ferreira, H. Pinho, R. Simão, J. Leitão, L.F. Pinheiro

Serviço de Cirurgia 1, Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Introdução: Tem sido referido em algumas publicações que a colite isquémica em doentes com insuficiência renal crónica submetidos a hemodiálise parece ter uma localização e gravidade diferente da isquémia por outras causas, havendo quem relacione com os episódios de hipotensão durante a diálise.

Objectivos e métodos: Com o objectivo de avaliar esta tendência os autores procederam à análise retrospectiva dos processos dos doentes internados no Serviço de Cirurgia 1 do CHTV por colite isquémica durante 10 anos, desde o início da realização de hemodiálise (Novembro de 2001 a Outubro de 2010). Estes doentes foram divididos em 2 grupos: HD (doentes hemodialisados com colite isquémica) e NHD (doentes com colite isquémica não hemodialisados). Nos dois grupos foram analisados idade, sexo, co-morbilidades, localização da isquémia, exames de diagnóstico, necessidade de intervenção cirúrgica e morbimortalidade.

Resultados: Num total de 131 doentes internados por colite isquémica, 14 doentes eram HD. O grupo de doentes HD apresenta idade média de 62,7 anos vs 76,06 NHD. A isquémia atingiu o cólon direito em 71,4% dos doentes HD vs 11,5% dos doentes NHD. Necessitaram de cirurgia 10 dos 14 doentes do grupo HD vs 16,7% dos doentes NHD, com a particularidade de neste ultimo grupo necessitarem de cirurgia todos os doentes com atingimento da isquémia no cólon direito. A mortalidade foi de 14,2% nos HD vs 0,53% nos NHD.

Conclusões: A colite isquémica que surge no doente com insuficiência renal crónica a necessitar de hemodiálise é mais frequente no cólon direito e habitualmente grave.

28. APLICABILIDADE CLÍNICA DO ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA PERI-OPERATÓRIA PARA O CANCRO GÁSTRICO RESSECÁVEL-RESULTADOS DUMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA

J. Dinis Silva^{2,3}, M. Serrano², A.C. Lagos^{2,4}, B. Pereira^{2,5}, S. Mão de Ferro^{1,2}, S. Ferreira^{1,2}, A. Bettencourt¹, R. Casaca¹, J. Freire¹, A. Luis¹, A. Dias Pereira^{1,2}

¹Consulta Multidisciplinar de Tumores do Esófago e Estômago.

²Serviço de Gastrenterologia, IPOLFG, EPE. ³HESE, EPE. ⁴CHLN, EPE. ⁵ULS de Castelo Branco, EPE.

Introdução: Em 2006 foi publicado o primeiro estudo randomizado (MAGIC Trial) que mostrou benefício da quimioterapia peri-operatória (QPO) nos doentes com adenocarcinoma do estômago e da junção esófago-gástrica (JEG). Pretende-se avaliar a aplicabilidade do MAGIC Trial na prática clínica de uma instituição oncológica.

Métodos: 248 doentes (144 homens, idade média de 64,7 anos; 21-93) com adenocarcinoma gástrico ou da JEG foram referenciados a Consulta Multidisciplinar entre Fev/2009 e Nov/2011. Doentes estadiados com TC toraco-abdomino-pélvica, ecoendoscopia (T < 3, N0 e M0) e laparoscopia (T > 2 ou N+). QPO proposta aos estadiados como T > 2 ou N+ (3 ciclos pré e pós-operatórios de epirrubina, cisplatina e 5-fluorouracilo, cirurgia com dissecação ganglionar D2). Doentes sem condições operatórias ou estágio IV receberam terapêutica paliativa (n = 85). Doentes estadiados como T1/2 e N0, idade > 80 anos, sintomatologia obstrutiva ou hemorragia digestiva foram submetidos a cirurgia directa (n = 82).

Resultados: QPO em 81 doentes: Quimioterapia pré-operatória: morbilidade maior-7,4%, mortalidade-0; Cirurgia: 78 doentes (2 recusaram cirurgia, 1 progressão de doença), Cirurgia R0-62 (79,4%), morbilidade maior-15,4%, mortalidade-2,6%; Quimioterapia pós-operatória: 54 doentes (não quimioterapia: 6 complicações de cirurgia, 1 complicações de quimioterapia prévia, 1 co-morbilidade); morbilidade maior-5,6%; mortalidade-0. Dois doentes não completaram os 3 ciclos. Mediana do tempo: quimioterapia-cirurgia-47 dias; cirurgia-quimioterapia-36,5 dias. 64,2% dos doentes concluíram QPO. A mortalidade por complicações da QPO foi de 2,5%. 83,9% dos doentes submetidos a quimioterapia pré-operatória e cirurgia R0 completaram quimioterapia pós-operatória. As complicações da cirurgia na QPO foram semelhantes às da cirurgia directa.

Conclusões: Um terço dos doentes foram elegíveis para QPO. As taxas de conclusão do tratamento, mortalidade por complicações da terapêutica, cirurgias R0 e quimioterapia pós-operatória compararam-se favoravelmente com o reportado no estudo MAGIC (43,5%, 7,6%, 80,1% e 61%, respectivamente). Os tempos para a cirurgia e quimioterapia foram adequados. A QPO para o cancro gástrico é exequível na prática clínica de uma instituição oncológica.

29. CARCINOMA DO ESÓFAGO E DO CÁRDIA: COMPORTAMENTOS DIFERENTES OU SEMELHANTES?

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

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A incidência do carcinoma do esófago (CE) tem aumentado nas últimas três décadas, especialmente devido ao adenocarcinoma, agora o tipo histológico com mais incidência. Paralelamente, também a incidência do carcinoma do cárdia (CC) tem aumentado, apesar da redução dos adenocarcinomas gástricos distais. A maioria dos doentes com CE ou CC apresenta-se com doença avançada, sendo possível efectuar tratamento curativo em menos de 50%.

Objectivo: Comparar o CE com o CC relativamente ao estadiamento diagnóstico, tratamento e follow-up.

Métodos: Coorte retrospectiva dos doentes com CE ou CC entre 2007 e 2011, num centro hospitalar. A análise estatística foi efectuada com base no teste do Qui-quadrado.

Resultados: Foram diagnosticados 101 casos de CE (n = 64) ou CC (n = 37), com uma idade média de 64 e 67 anos e uma maior incidência no sexo masculino (84,4% e 81,1%), respectivamente. O carcinoma pavimento-celular (CPC) foi o principal tipo histológico de CE (82,8%). Na altura do diagnóstico; 9,4% (n = 6) dos doentes com CE e 18,9% (n = 7) dos doentes com CC apresentava doença localizada (p = 0,17); 64,1% (n = 41) e 37,8% (n = 14) apresentava metastização à distância (p = 0,01), respectivamente. 32 doentes (9 com CE e 23 com CC, p < 0,001) foram submetidos a cirurgia curativa. O tratamento paliativo endoscópico (prótese metálica) foi realizado em 38 doentes (32 CE e 6 CC, p = 0,001). A taxa de mortalidade um ano após o diagnóstico foi 48,4% no CE e 40,5% no CC (p = 0,44).

Conclusões: Nesta coorte o CPC prevaleceu como o tipo de CE mais frequente. Na altura do diagnóstico, o número de doentes submetidos a cirurgia foi superior no CC. Em contrapartida, o número de doentes em estadiamento IV, bem como a percentagem de doentes submetidos a tratamento paliativo endoscópico foi superior no CE relativamente ao CC. Não obstante, a mortalidade um ano após o diagnóstico foi sobreponível nos dois sub-grupos.

30. HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE: UMA SÉRIE DE 4 CASOS NUMA ENTIDADE POUCO DEFINIDA

J. Carvalheiro, R. Ferreira, M.J. Pereira, A. Fernandes, S. Mendes, J. Torres, C. Agostinho, M. Ferreira, Z. Romão, R. Mesquita, C. Sofia

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Hospital Geral.

Introdução: A hiperplasia nodular linfóide (HNL) intestinal é uma condição considerada rara, mas provavelmente sub-diagnosticada. É um processo reativo benigno, cuja fronteira patológica não se encontra ainda bem definida.

Objectivo: Caracterização clínica de uma série de doentes com HNL.

Métodos: Revisão dos processos clínicos dos doentes internados num Serviço de Gastrenterologia com diagnóstico de alta de HNL, no período de 1/1/2007 a 31/12/2011.

Resultados: Neste período de tempo estiveram internados 4 doentes, do sexo masculino, com média de idades de 16,8 ± 1,5 anos, todos previamente saudáveis. Quadro clínico de apresentação: melenas em 75% e suboclusão intestinal em 25%. A investigação etiológica efectuada culminou com o diagnóstico de HNL, baseado nos achados endoscópicos, histológicos e exclusão de outras patologias. Assim, na ileocolonosopia o achado comum a todos os doentes foi a observação da mucosa do ileon terminal de aspeto congestivo e nodular e cujas biopsias evidenciaram hiperplasia linfóide. Não se identificaram outras alterações endoscópicas (endoscopia digestiva alta, colonoscopia e videocapsula) de relevo. Excluídos défices de imunidade inata ou adquirida. Constatada deficiência de ácido fólico e vitamina B12 num doente. Efectuado tratamento médico de suporte em todos os doentes, sem registo de complicações. Período médio de follow-up de 29,5 ± 9,5 meses (19-38) sem recidiva clínica e assintomáticos.

Conclusões: A raridade da HNL, associada a escassez de dados na literatura contribui para a falta de recomendações quanto à sua orientação. Nesta série, verificou-se uma homogeneidade dos dados demográficos, designadamente sexo masculino e faixa etária, bem como da apresentação clínica. A evolução favorável sem complicações coaduna-se com o aparente carácter benigno desta patologia.

31. SERÁ POSSÍVEL PREDIZER O TEMPO DE INTERNAMENTO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA? AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO SCORE AIMS65 E COMPARAÇÃO COM OUTROS SCORES

C. Fernandes, T. Pinto Pais, I. Ribeiro, J. Silva, R. Pinho, J. Fraga

Serviço Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho.

Introdução: Vários scores têm surgido para a avaliação dos doentes hemorragia digestiva alta (HDA). No entanto, a sua aplicação na prática clínica não é ainda consensual. Recentemente Saltzman et al (Gastrointest Endosc) desenvolveram um score preditor do tempo de internamento.

Objectivo: avaliação e validação do score AIMS65 e comparação com outros scores não endoscópicos.

Métodos: Estudo retrospectivo, dos doentes internados no serviço por HDA entre Janeiro de 2009 e Dezembro 2011. Avaliado e comparado score AIMS65 com estado geral do doente (classificação da American Society Anesthesiology (ASA)) em relação ao tempo de internamento; avaliada necessidade de terapêutica endoscópica e comparada com o score Rockall clínico e Blatchford. Utilizado *cut-off* descrito por Bjorkman et al para classificação ASA. Restantes *cut-offs* originais. Estatística: Cálculo de AUROCs, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) e acuidade; teste t Student.

Resultados: 128 doentes (idade média 63 anos; 75% sexo masculino) internados por HDA, dos quais 32,8% (n: 42) de origem varicosa; 62,5% realizaram terapêutica endoscópica. Scores de Rockall clínico, Blatchford e AIMS65 não revelaram acuidade satisfatória para prever necessidade de terapêutica endoscópica (AUROCs 0,55; 0,41; e 0,53 [$p > 0,05$] respetivamente). Adotando *cut-offs* originais, os scores de Rockall clínico (VPP 65,2%, VPN 43,8%, acuidade 64,1%), AIMS65 (VPP 64,7%, VPN 63,1%, acuidade 49,1%) e Blatchford (VPP 62,5%, acuidade 62,5%) revelaram baixa acuidade para prever necessidade de terapêutica endoscópica. Os scores AIMS65 ≥ 2 (média 7,5 vs 4,9 dias [$p < 0,01$]) e ASA > 2 (média 6,7 vs 4,7 dias [$p < 0,001$]) associam-se a maior tempo de internamento.

Conclusões: 1) AIMS65 não prediz com acuidade a necessidade de terapêutica endoscópica; 2) doentes classificados de alto risco através do score AIMS65 têm maior tempo de internamento; 3) classificação ASA tem capacidade semelhante de prever tempo de internamento.

32. HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA E ENTEROSCOPIA POR VIDEOCÁPSULA NEGATIVA: QUAL A MELHOR ABORDAGEM?

R. Herculano, S. Marques, I. Chapim, S. Santos, C. Chagas, L. Matos

Hospital Egas Moniz/CHLO.

Introdução: A enteroscopia por videocápsula (EVC) é actualmente aceite como o exame de primeira linha na investigação da hemorragia digestiva obscura (HDO). Os estudos efectuados até à data divergem relativamente às implicações clínicas de uma EVC negativa.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes referenciados para EVC no nosso Centro por HDO, cujo exame não revelou alterações relevantes. As características clínicas dos doentes e os dados de seguimento (novos achados, realização de terapêutica específica ou sintomática, recuperação da anemia) foram comparados entre os doentes com HDO manifesta (HDO-M) e oculta (HDO-O), num período mínimo de um ano.

Resultados: Entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2010, 371 doentes efectuaram EVC por HDO (125 manifesta e 246 oculta). O exame foi normal/achados irrelevantes em 39 (31,2%) e 73 (29,6%)

dos doentes com HDO-M (76,59% por melenas) e HDO-O, respectivamente. A idade média entre grupos foi semelhante (67 anos). Os doentes referenciados para HDO-O eram na sua maioria do sexo feminino (67,2%) em oposição aos doentes com HDO-M (53,8% do sexo masculino). Conseguiu-se obter dados de seguimento em 88 doentes (28 com HDO-M e 60 com HDO-O). O tempo médio de seguimento foi de 22,6 meses. Neste período 14 (50%) doentes com HDO-M apresentaram novos achados significativos nos exames endoscópicos. No grupo HDO-O verificaram-se novos achados em apenas 10 doentes (17%). Em ambos os grupos a maioria dos achados foi angiectasias (17 doentes), diagnosticadas na sua maioria endoscopia digestiva alta (71%). Em 15 doentes foi necessário recorrer a terapêutica específica (ablação por argon plasma). A maioria recuperou da anemia (78,5% HDO-M versus 85% HDO-O), tendo apenas efectuado tratamento sintomático (84%).

Conclusões: Este estudo sugere que após dos doentes com HDO, principalmente oculta, recupera apenas com terapêutica sintomática. Não obstante, deverá existir uma vigilância mais apertada nos doentes com HDO manifesta.

33. IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PNEUMOLÓGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ? REVISÃO DA ARTICULAÇÃO DE DUAS CONSULTAS

T. Pinto Pais, S. Campainha, C. Fernandes, S. Ribeiro, J. Silva, S. Fernandes R., Pinho, A.P. Silva, S. Leite, L. Alberto, I. Amara, R. Duarte, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

Introdução: Os pacientes com Doença Inflammatory Intestinal (DII) elegíveis para tratamento com antagonistas dos fatores de necrose tumoral (anti-TNF) ou outro imunossupressor devem realizar rastreio de tuberculose, conforme as recomendações da European Crohn's and Colitis Organisation. Em Portugal, existem poucos dados disponíveis relativos acerca da necessidade, eficácia e segurança da terapêutica preventiva para tuberculose em DII.

Objectivo: Caracterizar a população de doentes com DII enviados à consulta de Pneumologia - Centro de Diagnóstico Pneumológico, e avaliar a segurança na qualificação dos pacientes para tratamento biológico e/ou imunossupressor.

Métodos: Análise retrospectiva dos pacientes com diagnóstico de DII candidatos a terapêutica biológica (infliximab ou adalimumab) ou outro imunossupressor (azatioprina/mercaptopurina), enviados à consulta de Pneumologia - CDP, entre 2008-2011. Colhidos dados demográficos, epidemiológicos, clínicos e analíticos. O programa de rastreio inclui questionário de sintomas, história de contactos com tuberculose, teste tuberculínico, "interferon-gamma-release-assays" (IGRA), radiografia torácica, bem como revisão de biopsias intestinais. Registo dos regimes terapêuticos utilizados e efeitos colaterais.

Resultados: Foram incluídos 105 pacientes com o diagnóstico de DII, 35,5 anos (18-85) de média de idades no momento da avaliação, e semelhante distribuição pelos sexos. Apresentavam Doença de Crohn 81% dos doentes, e os restantes Colite ulcerosa, com 30,6 anos (14-73) de idade média ao diagnóstico. 23,8% (n = 25) iniciaram terapêutica preventiva por sendo o esquema terapêutico utilizado a Isoniazida 300 mg/dia. Houve necessidade de suspender o tratamento por hepatotoxicidade (subida de transaminases: 3xLSN sintomática ou 5xLSN assintomática) em 5 doentes (20%). Nenhum doente desenvolveu tuberculose doença após o início da terapêutica biológica.

Conclusões: Articulação das consultas de Gastrenterologia com Pneumologia - CDP através do protocolo descrito permitiu-nos realizar com segurança o tratamento biológico e/ou imunossupressor, sem qualquer caso de tuberculose ativa durante o tratamento.

34. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA NOS CASOS FAMILIARES E ESPORÁDICOS DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

J. Magalhães, F. Dias de Castro, M.J. Moreira, S. Leite, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães.

Introdução: Estudos populacionais têm demonstrado que familiares de doentes com Doença Inflammatory Intestinal (DII) têm maior risco de desenvolver a mesma condição clínica.

Objectivo: Comparar características clínicas e evolução da doença entre casos familiares e esporádicos de DII.

Métodos: Estudo retrospectivo comparando idade de diagnóstico, terapêuticas médicas e cirúrgicas, número de internamentos e hábitos tabágicos, entre 29 pacientes com DII e história familiar positiva para DII (11 doentes com Colite Ulcerosa (CU) e 18 doentes com doença de Crohn (DC)), com 68 casos esporádicos de DII. O teste exacto de Fisher foi usado para estudo de associações univariadas. Considerou-se o nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: Nos doentes com história familiar a concordância para o tipo de doença foi de 61% ($n = 11$) e 45% ($n = 5$) para DC e CU, respectivamente. A idade de diagnóstico nos doentes com história familiar foi significativamente mais jovem ($32,03 \pm 12,26$ anos) que nos casos esporádicos ($40,44 \pm 16,98$ anos) com DII ($p = 0,04$). Nos doentes com história familiar foi significativamente menos frequente a necessidade de corticoterapia ($p = 0,006$), internamento ($p = 0,040$) e terapêutica com biológicos ($p = 0,009$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre casos familiares e esporádicos em relação ao tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico, proporção de fumadores e necessidade de cirurgia.

Conclusões: Doentes com história familiar de DII caracterizam-se pelo diagnóstico da doença em idades mais jovens e por uma menor gravidade da doença, traduzida por um menor número de internamentos e por uma menor necessidade de utilização de corticosteroides e/ou terapêutica biológica. Familiares afectados podem desenvolver um dos dois tipos de DII, sendo na nossa série e nos casos de Doença de Crohn, maioritário o aparecimento da mesma doença que no caso índice.

35. IMPACTO DA ENTEROGRAFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA ABORDAGEM DA DOENÇA DE CROHN DO DELGADO

P. Figueiredo, C. Cardoso, M. Ramalho, M.J. Barata, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O envolvimento do intestino delgado pela doença de Crohn (DC) é um importante factor de morbilidade, condicionando o prognóstico. A enterografia por ressonância magnética (MRE) tem um papel estabelecido na avaliação do intestino delgado permitindo a visualização simultânea do envolvimento luminal, mural e extra-intestinal da doença, sem expor o doente a radiação ionizante. O objectivo deste trabalho foi avaliar o impacto da MRE na abordagem clínica da DC.

Métodos: Pesquisaram-se os dados clínicos e das MRE realizadas em doentes com DC desde Janeiro 2008 a Junho 2011 na nossa instituição. Para avaliar o impacto da MRE identificaram-se doentes nos quais a MRE conduziu a alterações no tratamento.

Resultados: Foram incluídos 61 doentes com 76 MRE (25 homens, 36 mulheres; idade $36,6 \pm 15,3$ anos). Os doentes foram submetidos a MRE 7,9 anos ($\pm 8,3$ anos) após o diagnóstico, sendo a MRE realizada no primeiro ano de doença em 13 doentes. O propósito da MRE foi identificar envolvimento do intestino delgado em 48,6% casos, reavaliar lesões previamente conhecidas em 21,6% casos ou confirmar a suspeita de complicações em 29,7%. Em 17,6% casos não foi detectada actividade da doença. Em 44,6% casos foi encontrada

actividade da doença/inflamação e em 35,1% casos detectou-se actividade da doença associada a complicação de DC (fístula, estenose, abscesso). Em 2,7% dos casos foi identificada complicação de DC sem actividade da doença. A MRE levou a modificação no tratamento farmacológico em 42% casos e em 11,6% a uma opção cirúrgica. Em 39,1% dos casos a MRE não alterou a abordagem e em 6,6% casos optou-se por prosseguir o estudo diagnóstico.

Conclusões: A análise revelou que nos doentes com DC a MRE forneceu dados relativos à sua actividade e/ou complicação, consubstanciando uma alteração da abordagem terapêutica na maioria (53,6%) dos doentes.

36. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDÁRIA À DRENAGEM ESPONTÂNEA DE ABCESSO PARA O TUBO DIGESTIVO

D. Fernandes, P. Duarte, S. Jardim, M. Ferreira, C. Vicente, R. Ramos, C. Casteleiro Alves

Centro Hospitalar Cova da Beira.

A hemorragia digestiva alta tem como principais causas a doença ulcerosa péptica e a ruptura de varizes esofagogástricas, no entanto, outras causas menos comuns podem estar na sua origem. Doente do sexo feminino com 58 anos e antecedentes de diabetes mellitus insulino-tratada, bócio multinodular, síndrome depressivo e colecistectomia laparoscópica por litíase vesicular há aproximadamente 3 semanas. Recorre ao serviço de urgência por quadro clínico caracterizado por hematemese de sangue vermelho escuro e dor abdominal no hipocôndrio direito, com 5 horas de evolução. Ao exame físico destacava-se febre (38°C) e massa na região epigástrica/hipocôndrio direito com aproximadamente 5 cm, dolorosa à palpação. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrômica (Hb $8,9 \text{ g/dL}$), leucocitose com neutrofilia, elevação da proteína C reactiva e dos marcadores de disfunção hepatocelular e colestase. Realizou endoscopia digestiva alta, que revelou hemorragia em toalha proveniente de um vaso visível no vértice duodenal, que se controlou com escleroterapia com adrenalina diluída 1:10.000 (8 cc). Posteriormente constatou-se que se tratava de um vaso justa um orifício que drenava conteúdo purulento. A ecografia abdominal mostrou duas colecções inflamatórias, uma na loca vesicular com 15 mm e outra na pequena curvatura gástrica com 60 mm, depois confirmadas em estudo tomográfico. A doente ficou internada no serviço de cirurgia para tratamento, tendo cumprido 2 semanas de antibiótoterapia. Teve alta assintomática e até a data, não teve recorrência hemorrágica. O interesse do presente caso clínico prende-se com a forma peculiar de apresentação de uma complicação pós-colecistectomia laparoscópica. Expõe-se iconografia endoscópica e imagiológica.

37. DIAGNÓSTICO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII) HEPATITE C CRÓNICA (HEPC) COM INTERFERÃO PEGUILO E RIBAVIRINA (PEGIR): COINCIDÊNCIA OU CONSEQUÊNCIA?

P. Salgueiro, R. Magalhães, M.J. Magalhães, A. Rodrigues, M. Salgado, C. Caetano, P. Lago, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: Os efeitos colaterais da terapêutica com PegIR incluem exacerbação ou indução de doenças autoimunes como consequência do aumento do ratio T-helper 1/T-helper 2 (Th1/Th2). Este mecanismo imunológico poderá explicar o aparecimento de doenças autoimunes onde prevalece uma resposta do tipo Th1, como é o caso da doença de Crohn (DC). Por outro lado, a suspensão

Tabela 37.

Sexo; idade	Tipo DII	Classif. Montreal	Tempo entre início PegR e início de sintomas de DII	Terapêutica DII	História familiar de DII
M; 48	CU	E2	12 meses	Mesalazina	—
M; 39	DC	A2L2B1p	8 meses	Azatioprina	Mãe com CU
F; 51	DC	A3L1B1	3 meses	Azatioprina	Filho com DC

do tratamento produz um aumento do padrão Th2, o que poderá favorecer o aparecimento de Colite Ulcerosa - CU (onde predomina uma resposta do tipo Th2). Com base nestes mecanismos fisiopatológicos surgiram na literatura relatos de DII, provavelmente induzida pelo tratamento com peginterferão e ribavirina, contabilizando-se, até à data, 13 casos reportados.

Caso clínico: Reportamos 3 casos clínicos (tabela) de doentes com HepC, 2 com genótipo 1 e 1 com genótipo 3, tratados com PegR durante 48 semanas (genótipo 1) e 24 semanas (genótipo 3), todos com resposta virológica mantida 6 meses após o término da terapêutica.

Conclusões: Nos casos apresentados, o intervalo de tempo entre a terapêutica para a HepC e o aparecimento dos sintomas de DII, sugere uma relação entre os dois acontecimentos. Persiste a dúvida se a terapêutica da HepC poderá, pelos mecanismos imunológicos descritos, ser um “trigger” de DII, especialmente em doentes com antecedentes familiares.

38. PSORÍASE EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII) INDUZIDA PELA TERAPÊUTICA COM ANTI-FATOR DE NECROSE TUMORAL (ANTI-TNF)

P. Salgueiro, M.J. Magalhães, R. Magalhães, C. Caetano, M. Salgado, P. Lago, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: Os anti-TNF utilizados na DII são também utilizados no tratamento da psoríase. Existem, no entanto, 171 casos reportados na literatura de psoríase induzida por esta terapêutica em doentes com DII.

Objectivo e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com DII que desenvolveram psoríase durante o tratamento com anti-TNF entre 2001 e 2012. Descrevem-se características como: (1) tipo de DII; (2) terapêutica concomitante com imunossuppressores; (3) anti-TNF utilizado; (4) tempo de medicação até surgimento da psoríase; (5) localização das lesões cutâneas e (6) terapêutica utilizada.

Resultados: Foram incluídos 11 doentes de um total de 132 doentes com DII tratados com agentes anti-TNF entre 2002 e 2012 (infliximab 88; adalimumab 44): 8 mulheres (73%); idade média 38 anos: 1) Tipo de DII: Doença de Crohn (DC) 10; Colite Ulcerosa (CU) 1. 2) Na altura do aparecimento de psoríase, apenas 1 doente com terapêutica combinada imunossuppressores/anti-TNF. 3) Anti-TNF implicado: Infliximab 9; Adalimumab 2. 4) Tempo médio de medicação até surgimento da psoríase (meses): 11,8 (mínimo 2; máximo 32). 5) Localização das lesões cutâneas (alguns doentes com várias regiões atingidas): Couro cabeludo 82%; Palmoplantar 55%; Superfícies extensoras 36%; Tronco 18%; Pavilhões auriculares 18%; Face 9%. 6) Todos os doentes foram tratados com tópicos (Betametasona + Calcipotriol), resposta: completa 27%; parcial 46%; nula 27%. Em 5 doentes (45%) foi necessário suspender anti-TNF pela psoríase (todos melhoraram da doença dermatológica após suspensão), nenhum destes foi tratado com outro anti-TNF.

Conclusões: A incidência de psoríase induzida pelos anti-TNF em doentes com DII foi de 8,3%. É uma reação paradoxal que pode

ocorrer vários anos após o início do anti-TNF, podendo ser suficientemente grave para obrigar a descontinuação do biológico. 91% dos doentes com monoterapia anti-TNF na altura do aparecimento das lesões cutâneas; em 55% foi possível continuar o anti-TNF controlando a doença dermatológica com tópicos.

39. POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: CARACTERIZAÇÃO DE TUMORES DESMÓIDES COMO MANIFESTAÇÃO EXTRA-CÓLICA

J. Dinis Silva^{2,6}, I. Rosa^{1,2}, P. Lage^{1,2}, I. Claro^{1,2}, P. Fidalgo², B. Filipe⁵, S. Ferreira^{1,2}, P. Rodrigues¹, P. Chaves³, J. Venâncio⁴, C. Albuquerque⁵, A. Dias Pereira²

¹Clinica de Risco Familiar; ²Serviço de Gastreenterologia; ³Serviço de Anatomia Patológica; ⁴Serviço de Imagiologia; ⁵U.I.P.M., do IPOLFG, EPE. ⁶Serviço de Gastreenterologia, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.

Introdução e objectivo: Os tumores desmóides (TD) são proliferações benignas de miofibroblastos, podendo ter localmente um comportamento agressivo. São entidades raras, que ocorrem maioritariamente de forma esporádica, mas surgem também como manifestações extra-cólicas da Polipose Adenomatosa Familiar do cólon (PAF). Neste estudo, pretendeu-se caracterizar os TD em doentes com PAF, nomeadamente a sua evolução clínica e resposta ao tratamento.

Métodos: Foram incluídos 68 doentes pertencentes a 37 famílias com PAF e mutação germinal patogénica no gene APC. Analisaram-se os dados demográficos, os relacionados com o diagnóstico e terapêutica dos TD.

Resultados: Desenvolveram TD 11/68 (16%) doentes com PAF (6 do sexo masculino, média de idades-35 anos), após um tempo médio de seguimento de 8 anos. Apenas um doente apresentou forma atenuada de PAF (< 100 adenomas), sem outras manifestações extra-cólicas. Quatro famílias apresentaram dois casos de TD. Em 9/11 (82%) doentes, a localização do TD foi exclusivamente intra-abdominal, tendo o diagnóstico sido efectuado, na maioria dos casos, cerca de dois anos após cirurgia abdominal. O mesmo foi imagiológico em 7/11 (64%) e histológico nos restantes doentes. A cirurgia foi utilizada como terapêutica primária apenas num caso, tendo os outros efectuado, maioritariamente, o anti-inflamatório sulindac associado a tamoxifeno. Sete doentes apresentaram resposta completa/estabilização da doença, 2 progressão e os restantes 2 ainda não foram reavaliados. Registou-se recidiva no caso submetido a cirurgia, o qual conjuntamente com os que apresentaram progressão foram tratados por quimioterapia e cirurgia. Com um tempo médio de vigilância de 103,5 meses (2-204), 2 doentes faleceram por complicações locais do TD.

Conclusões: Os TD associados à PAF apresentaram agregação familiar e foram diagnosticados, na maioria dos casos, dois anos após colectomia profiláctica, podendo esta ter constituído um factor etiológico. Aterapêutica farmacológica foi utilizada preferencialmente como primeira linha, tendo permitido controlar a doença em mais de metade dos casos.

40. *HELICOBACTER PYLORI*: DEVERÃO TODOS OS DOENTES OBESOS REALIZAR PESQUISA NA AVALIAÇÃO PRÉ CIRURGIA BARIÁTRICA?

S. Giestas¹, R. Ferreira¹, J. Carvalheiro¹, A. Fernandes¹, M. Ferreira¹, S. Mendes¹, Z. Romão¹, E. Panão¹, M.J. Campos¹, C. Agostinho¹, M. Agundez², A. Figueiredo², R. Mesquita¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra. ²Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A pesquisa (e tratamento se positiva) da infecção por *Helicobacter pylori* (Hp) tem sido recomendada como rotina na avaliação prévia a cirurgia bariátrica, de modo a reduzir complicações no pós-operatório (úlceras marginais, hemorragia, estenoses). Porém, esta indicação continua controversa, sobretudo nos doentes sem alterações na mucosa gastroduodenal na endoscopia digestiva alta (EDA) pré-operatória.

Objectivo: Identificar a prevalência da infecção por Hp em doentes com obesidade mórbida sem achados endoscópicos significativos pré cirurgia bariátrica.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com obesidade mórbida candidatos a cirurgia bariátrica que realizaram biópsias para pesquisa de Hp durante a EDA prévia à intervenção cirúrgica, no período compreendido entre 01/09/2010 a 31/09/2011. Excluídos os doentes com achados endoscópicos significativos (gastroduodenopatia erosiva, úlcera gastroduodenal). A erradicação foi determinada por teste respiratório de urease 34 ± 5,2 dias após completar esquema terapêutico.

Resultados: Incluídos 126 doentes, dos quais 80,9% (n = 102) do sexo feminino, com idade média 41,5 ± 10,8 anos, IMC médio 44 ± 3,5 kg/m². Co-morbilidades presentes em 87,3% (n = 110) (hipertensão arterial 69,8%; diabetes mellitus tipo 2 31,7%; dislipidemia 44,5%; síndrome da apneia do sono 57,1%; esteatose hepática no estudo ecográfico 64,3%; litíase vesicular 24,6%; síndrome metabólica 77,8%). A pesquisa de Hp foi positiva em 70,6% (n = 89) dos doentes, os quais foram submetidos a terapia tripla (omeprazol 20 mg, claritromicina 500 mg, amoxicilina 1 g; 2id-14 dias) com taxa de erradicação de 87,6% (n = 78). Os onze doentes que não responderam ao primeiro tratamento de erradicação realizaram segundo ciclo de tratamento (omeprazol 20 mg, claritromicina 500 mg, metronidazol 400 g; 2id-14dias) com taxa de erradicação de 100%.

Conclusões: Nesta amostra verificou-se uma prevalência de infecção por Hp nos doentes sem alterações endoscópicas significativas similar população portuguesa. Deste modo, dada a elevada prevalência de infecção por Hp no nosso país deve-se considerar realizar pesquisa pré-operatória em todos os candidatos a cirurgia bariátrica (de modo tentar prevenir complicações pós-cirúrgicas).

41. USO INAPROPRIADO DE IBP NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

S. Ribeiro, D. Trábulo, J. Bathy, I. Cremers, A.P. Oliveira, E. Pedroso

Serviço de Gastrenterologia; Serviço de Medicina Interna, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal.

Os inibidores da Bomba de Protões (IBP) são os agentes mais eficazes na redução da secreção ácida gástrica. Apesar de haver indicações bem definidas para o seu uso, muitas vezes estas são ignoradas. O estudo pretende avaliar a prescrição de IBP numa enfermaria de Medicina Interna, determinar se o seu uso em profilaxia é apropriado e qual o impacto financeiro associado. Foi realizado um estudo prospectivo e observacional, na enfermaria

de um Serviço de Medicina Interna, nos meses de Agosto e Setembro de 2011. Analisaram-se todos os pacientes hospitalizados, com idade acima de 18 anos e que iniciaram IBP nas primeiras 72 horas de internamento. Identificou-se a sub-população em que a prescrição foi realizada profilacticamente e o seu uso foi avaliado. As indicações adequadas foram previamente definidas baseando-se em guidelines internacionais do American College of Gastroenterology. Aplicou-se simultaneamente o índice de comorbilidades de Charlson apenas ao grupo em que foi feito IBP inapropriadamente. Dos 343 doentes internados no serviço nesse período, 186 realizaram IBP profilacticamente, sendo que em 74 (39,8%) não havia indicação para prescrição e dos 112 doentes restantes, 25 fizeram uso endovenoso de forma inapropriada. A maioria dos doentes que receberam IBP sem indicação tinha idade igual ou superior a 70 anos (p < 0,001) e a aplicação do índice de Charlson demonstrou que este grupo não apresentava mais comorbilidades (índice médio = 1,68). Com relação à duração de utilização de IBP e à demora média, não houve diferença estatisticamente significativa nos dois grupos. O custo inapropriado de utilização foi de 465,28 euros. Esta amostra representa aproximadamente 10% dos doentes que realizaram IBP no Serviço, durante o ano de 2011. Esse estudo mostra que o uso de IBP em doentes não críticos é muitas vezes desnecessário e resulta num aumento significativo dos custos. A implementação de Normas Clínicas é essencial para o uso racional dos IBP.

42. INTENSIFICAÇÃO DE DOSE NA ERA BIOLÓGICA DA DII - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

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

Hospital de Braga.

Introdução: A intensificação de dose no tratamento da Doença Inflamatória Intestinal (DII) e os factores preditores desta escalada terapêutica têm sido alvos de estudo sem resultados consensuais. Existem também poucos dados sobre a eficácia e o potencial aumento de efeitos secundários nesta estratégia. O objectivo deste estudo foi avaliar a necessidade de intensificação de dose nos doentes com DII sob terapêutica biológica num centro terciário.

Métodos: Levantamento retrospectivo de dados clínicos, analíticos e laboratoriais dos doentes com DII sob terapêutica biológica no ano de 2011. A intensificação de dose definiu-se tanto pelo encurtamento do intervalo entre administrações como pelo aumento da dose/kg.

Resultados: Foram avaliados 95 doentes (50 mulheres/45 homens, idade média 39 ± 13 anos) com DII (71 DC e 22 CU) sob terapêutica biológica - 68 medicados com infliximab (45 DC e 21 CU) e 27 com adalimumab (26 DC e 1 CU). 46 doentes estavam medicados previamente com azatioprina (48%). Após boa resposta inicial, vinte e um doentes necessitaram de intensificação de dose - 16 doentes medicados com infliximab (8 DC e 8 CU) e 5 doentes medicados com adalimumab (5 DC). A necessidade de intensificação da dose associou-se significativamente a PCR elevada (Teste χ^2 , p = 0,005) e a ausência de cicatrização da mucosa (Teste χ^2 , p = 0,017). A intensificação da dose não esteve associada a aumento de efeitos secundários. O uso concomitante de imunomoduladores não interferiu com a necessidade de intensificação de dose.

Conclusões: Este estudo aponta para a necessidade de intensificação de dose em 15% dos casos de DII sob terapêutica biológica, em concordância com outras séries publicadas. Foram preditores de necessidade de intensificação de dose a PCR elevada e a ausência de cicatrização da mucosa. Não se verificou associação com aumento dos efeitos secundários nem com terapêutica imunomoduladora concomitante.

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

M. Marques¹, F. Magro¹, H. Cardoso¹, B. Rosa², M.J. Moreira², S. Rodrigues¹, A. Rebelo², A. Albuquerque¹, S. Lopes¹, C. Dias³, J. Cotter², G. Macedo¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital S. João, Porto. ²Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

³Serviço de Bioestatística e Informática Médica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

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.

Métodos: Estudo transversal e multicêntrico onde foram avaliadas 158 enteroscopias por cápsula classificadas sistematicamente com o SL, em doentes diagnosticados com a DC entre 2003 e 2012. 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: 74% dos doentes eram A2, 67% L1 e 74% B1; 57% realizaram corticoterapia nos primeiros 6 meses de doença e 5% tinham história familiar de DII. A frequência de envolvimento nos 2 primeiros tercis foi de 54% em doentes com SL > 135. No 1º tercil foram encontradas correlações entre o SL e a ferropenia ao diagnóstico ($p = 0,039$) e os níveis séricos reduzidos de albumina ($p = 0,028$) e aumentados de PCR ($p = 0,013$) à EC. A actividade inflamatória moderada/grave (valor ≥ 790) no SL no 1º tercil foi correlacionada com lesões no cego e ascendente ($p = 0,212$), no transversal ($p = 0,105$), no sigmóide ($p = 0,017$) e no recto ($p = 0,001$).

Conclusões: Foi avaliado de forma sistemática o SL nos diferentes tercis 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.

44. PREDITORES DE SEVERIDADE DA COLITE ISQUÉMICA: REVISÃO DE 371 INTERNAMENTOS

A. Oliveira, T. Correia, S. Lopes, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objectivo: A colite isquémica (CI) é o distúrbio vascular intestinal mais comum, apresentando grande variabilidade clínica e diferentes graus de severidade. O objectivo desta revisão é a análise dos preditores precoces de gravidade da CI.

Métodos: Estudo retrospectivo dos internamentos por CI num hospital terciário (Serviço de Gastroenterologia), durante um período de 12 anos. Colheita de dados clínicos, laboratoriais e endoscópicos, com divisão dos doentes de acordo com o resultado final: Grupo A (CI moderada) - doentes com evolução favorável sob terapêutica médica e Grupo B (CI severa) - doentes submetidos a cirurgia ou falecidos.

Resultados: A mediana de idade dos 371 doentes (85M e 286F) é de 77 anos, sendo 37 do grupo B. Não existem diferenças demográficas entre os grupos. Os factores de risco clássicos para CI estão presentes em 83% dos doentes, sendo a insuficiência renal crónica e cirurgia recente mais frequentes no grupo B ($p < 0,001$). A apresentação clínica foi semelhante em ambos os grupos, sendo a febre persistente, instabilidade hemodinâmica e sinais de irritação peritoneal mais frequentes na CI severa ($p < 0,001$). Analiticamente, anemia (28,4% vs 59,5%, $p < 0,001$), hiperglicemia (40,1% vs 64,9%,

$p < 0,005$), hiponatremia (19,2% vs 35,1%, $p < 0,05$) e insuficiência renal crónica (22,2% vs 70,3%, $p < 0,001$) são mais frequentes na CI severa. A LDH apresenta-se elevada (valor médio de 438 mg/dl) em 81% dos doentes do grupo B (vs 41%, $p < 0,001$). Apenas a localização no cólon direito é diferente entre os grupos (9,0% vs 21%, $p < 0,01$). Existe diferença entre o tempo médio de internamento (8,5 vs 15,2 dias, $p < 0,001$). Ocorreram 32 re-internamentos por CI, sendo 18 percententes inicialmente ao grupo B.

Conclusões: O envolvimento do cólon direito, comprometimento da função renal, anemia e elevação de LDH podem constituir factores preditores de mau prognóstico na CI. Outros sinais como defesa abdominal, instabilidade hemodinâmica e febre associam-se igualmente a CI severa.

45. TOLERÂNCIA À 6-MERCAPTOPYRINA EM DOENTES COM DII INTOLERANTES À AZATIOPRINA

L. Eliseu, F. Portela, P. Andrade, P. Freire, M. Ferreira, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A azatioprina (AZA) é um fármaco com eficácia comprovada para manutenção da remissão na doença inflamatória intestinal (DII), contudo até 20% dos doentes interrompem a terapêutica pelos seus efeitos adversos. Neste contexto, a 6-mercaptopurina (6-MP), metabolito da AZA, poderá representar uma alternativa viável.

Objectivo: Avaliar a tolerabilidade da 6-MP nos doentes com intolerância à AZA e caracterizar as respectivas reacções adversas ocorridas.

Métodos: Selecção retrospectiva dos doentes com DII intolerantes à AZA medicados com 6-MP, num período de 10 anos. Colheita de dados a partir da consulta de registos clínicos. Análise estatística descritiva.

Resultados: Identificados 21 doentes tratados com 6-MP por DII, sendo 61,9% do sexo feminino, com média de idades de $34,7 \pm 11,9$ anos. Diagnóstico de doença de Crohn em 12, colite ulcerosa em 7 e colite não classificada em 2 doentes. O motivo de suspensão da AZA foi predominantemente a sintomatologia gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal), em 11 casos. Verificou-se intolerância à 6-MP, com necessidade de descontinuar a terapêutica, em 13 doentes (61,9%): 7 por queixas digestivas (náuseas, vômitos e dor abdominal), 3 por reacção de hipersensibilidade (febre e artralgias), 1 por toxicidade hematológica (anemia) e 1 por hepatotoxicidade (elevação das transaminases); não se obtiveram dados para 1 doente. Nos doentes intolerantes à 6-MP, as reacções adversas surgiram sobretudo no primeiro mês de tratamento (53,8%), com doses máximas de 50 mg/dia (53,8%). Dos 8 doentes com tolerância à 6-MP, 6 obtiveram resposta e mantêm-se sob terapêutica (follow-up médio de 78 ± 76 meses, 11-221), com doses de 75 a 100 mg/dia.

Conclusões: A intolerância à 6-MP é frequente nos doentes com DII intolerantes à AZA. Ainda assim, atendendo às opções terapêuticas limitadas e dispendiosas nesta patologia, a 6-MP pode constituir uma alternativa aceitável a equacionar.

46. VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA ACUIDADE DIAGNÓSTICA E IMPLICAÇÕES NA TERAPÊUTICA - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE GASTREENTEROLOGIA

L. Ricardo, C. Rodrigues, F. Cardoso, A. Oliveira, L. Santos, A. Martins, J. Felix, J. Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora-Sintra.

Introdução: A videocápsula endoscópica (VCE) veio revolucionar a investigação da patologia do intestino delgado, permitindo, em

alguns doentes, interferir na abordagem terapêutica e prognóstico.

Objectivo: Determinar a acuidade diagnóstica da VCE de acordo com as indicações e avaliar eventuais alterações na abordagem terapêutica decorrentes da sua realização.

Métodos: Estudo retrospectivo respeitante à realização da VCE num período de 3 anos (2009-2011).

Resultados: Foram efectuados no total 115 procedimentos, em 110 doentes, sendo 55% do sexo masculino (n = 61). As indicações para a realização do exame foram: anemia ferropénica - 53% (n = 61); hemorragia digestiva obscura manifesta (HDOM) - 32% (n = 37); outras indicações - 15% (suspeita de Doença de Crohn n = 12; síndromes de polipose intestinal n = 5). Todos os procedimentos decorreram sem intercorrências, sem nenhum caso de retenção da cápsula. A acuidade diagnóstica global foi 71,3%, sendo de 67,6% na HDOM e de 80,3% na anemia ferropénica. A prevalência dos achados foi a seguinte: alterações inflamatórias (erosões, úlceras, estenoses) - 33,9% (n = 39); lesões vasculares - 26,9% (n = 31); tumores - 5,2% (n = 6); pólipos - 2,6% (n = 3). Do total de exames diagnósticos 81% motivaram uma atitude terapêutica específica.

Conclusões: A acuidade diagnóstica global da VCE foi elevada, sendo a anemia ferropénica a indicação com maior percentagem de exames diagnósticos. Verificou-se uma implicação directa na decisão terapêutica em 81% dos exames diagnósticos, com impacto favorável no prognóstico dos doentes.

47. INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

A. Oliveira, P. Dias, P. Souto, J. Diniz Vieira, J. Nascimento Costa

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objectivo: Os inibidores da bomba de protões (IBP) são utilizados na profilaxia da úlcera de stress em doentes hospitalizados. O objetivo deste estudo é avaliar a prescrição de IBP em doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna.

Métodos: Estudo retrospectivo de 100 doentes consecutivos com alta médica num período compreendido entre Novembro e Dezembro de 2011. Foi avaliada a prescrição de IBP previamente ao internamento, durante, e aquando da alta. Foi ainda avaliada a indicação para o uso de IBP de acordo com as recomendações atualmente existentes.

Resultados: Dois terços dos doentes eram do sexo feminino e com média de 77 anos. Trinta e quatro por cento estavam medicados com IBP antes do internamento e foi objetivada indicação em 1/5 destes. Dos que não estavam medicados, 3% teriam indicação para fazer IBP (p < 0,05). Durante o internamento 62% dos doentes fizeram IBP, dos quais, 43,5% tinham indicação. Nos que não fizeram, 23,7% teriam indicação para prescrição (p < 0,05). Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a prescrição de IBP no internamento e a presença de coagulopatia (p > 0,05). Aquando da

alta médica, dos doentes medicados com IBP, 14,6% tinha indicação. Dos que não tiveram prescrição de IBP, nenhum tinha indicação (p < 0,05). Todos os doentes medicados com IBP antes do internamento mantiveram esta medicação e dos que não faziam, 29,2% passaram a fazer (p < 0,05).

Conclusões: A prescrição de IBP é frequente antes, durante e após o internamento. No entanto, a maioria dos doentes não apresenta indicação evidente para o seu uso e alguns dos doentes com indicação para IBP não o fizeram.

48. SERÃO AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA COLITE ULCEROSA DIFERENTES DEPOIS DOS 60 ANOS?

M.J. Magalhães, P. Salgueiro, R. Magalhães, P. Lago, M. Salgado, C. Caetano, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: As diferenças das características clínicas e fenotípicas da colite ulcerosa (CU) relacionadas com a idade ainda não estão bem estabelecidas. Várias publicações reportam dados discordantes quanto ao comportamento e curso da CU nos pacientes diagnosticados com mais de 60 anos.

Objectivo: Comparar as características clínicas e fenotípicas da CU, na altura do diagnóstico, em 3 grupos etários.

Métodos: Três coortes de doentes com doença inflamatória intestinal (DII) foram identificados a partir dos registos médicos da consulta especializada em DII do nosso centro, formando os seguintes grupos: (G1) 20-39, (G2) 40-59, (G3) > 60 anos. A análise estatística usada foi o Qui-quadrado de Pearson e o teste exacto de Fisher.

Resultados: Foram analisados 802 doentes com diagnóstico de DII, distribuídos da seguinte forma: G1 com 502 (62,6%), G2 com 226 (28,2%) e G3 com 74 (9,2%) doentes. Do total, 43,9% tinham diagnóstico de CU. Na comparação das frequências de CU entre grupos, verifica-se que a frequência da CU no G2 é significativamente mais baixa (p < 0,001) do que no G1 e G3 (37,1% vs 57,1%, 58,1%). As características da CU/grupo, na altura do diagnóstico, apresentam-se na tabela.

Conclusões: Na altura do diagnóstico, a CU depois dos 60 anos não se associou a diferenças fenotípicas nem epidemiológicas relativamente aos grupos de doentes mais jovens.

49. INTERNAMENTO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA NUMA UNIDADE GASTROENTEROLÓGICA

B. Pereira, A. Santos, A. Caldeira, E. Pereira, J. Tristan, R. Sousa, A. Banhudo

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Amato Lusitano, ULS de Castelo Branco.

Introdução: A hemorragia digestiva (HD) constitui um dos principais motivos gastroenterológicos de internamento no mundo ocidental, contabilizando mais de um milhão de internamentos anuais nos EUA.

Tabela 48.

Ao diagnóstico da CU	G1 (N = 184)	G2 (N = 125)	G3 (N = 43)	p
Sexo Feminino (%)	58	48	46	> 0,05
História familiar de DII (%)	6	2	7	> 0,05
Fumadores (%)	14	6	8	> 0,05
Extensão (Classificação Montreal)				
E136	35	30	> 0,05	
E239	47	56	> 0,05	
E325	18	14	> 0,05	
Cirurgia (%)	6	3	2	> 0,05

Cerca de metade correspondem a hemorragias altas, 40% baixas e as restantes médias. Apesar dos avanços médicos, a taxa de mortalidade nas últimas décadas tem-se mantido relativamente constante, cerca de 5-10% nos casos de hemorragia severa, no contexto do envelhecimento populacional, com consequente aumento das comorbilidades e da toma de medicação de risco.

Objectivo: Caracterizar uma série recente de internamentos por HD numa unidade gastroenterológica.

Métodos: Análise retrospectiva dos internamentos por HD entre Fevereiro de 2009 e Setembro de 2011; recolha de dados demográficos, duração de internamento, forma de apresentação, etiologia, severidade (instabilidade hemodinâmica, queda de hemoglobina > 2 g/dL ou transfusão de ≥ 2 UCE), mortalidade e toma de medicação de risco (AINEs/antiagregantes plaquetários).

Resultados: 381 internamentos (33,2% do total); 220 homens (57,7%); idade média 72,8 anos; duração média de internamento 7,9 dias. Apresentação com perdas hemáticas em 84,9% dos internamentos, anemia ferropénica em 15,1%. HD alta em 229 (60,1%) com destaque para úlcera péptica (92), neoplasia gástrica (39) e rotura de varizes esofágicas (31). HD baixa em 133 (34,9%) destacando-se cancro colo-rectal (35), colite isquémica (32) e hemorragia diverticular (16). HD média ou inconclusiva em 19 internamentos. Critérios de severidade em 73,7%. Mortalidade em 7,3%. Dos 92 doentes com úlcera péptica, 76 tomam medicação de risco, e destes apenas 12 medicados com inibidor da bomba de prótons.

Conclusões: A HD assume grande relevância na nossa unidade gastroenterológica, totalizando cerca de 1/3 dos internamentos. Destaca-se a origem alta no tubo digestivo em 60%, particularmente a úlcera péptica. A vasta maioria destes doentes, idosos, toma medicação de risco sem protecção gástrica concomitante. A taxa de mortalidade de 7,3% enquadra-se nos dados da literatura.

50. INCONTINÊNCIA FECAL PÓS PARTO - ACHADOS DA ECOGRAFIA ENDOANAL

D. Ferreira, F. Castro-Poças, P. Lago, T. Moreira, I. Pedroto

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar do Porto, Hospital Geral de Santo António.

Introdução: Estudos recentes demonstraram uma correlação positiva entre as alterações endossonográficas do esfíncter anal encontradas no período pós-parto e a gravidade da incontinência fecal demonstrando a importância deste método de imagem na abordagem desta patologia.

Objectivo: Caracterizar os achados da ecografia endoanal (EE) ao nível do esfíncter anal interno (EAI) e externo (EAE) em pacientes primíparas com incontinência fecal pós parto.

Métodos: Analisados, retrospectivamente, os resultados das EE realizadas a pacientes primíparas com incontinência fecal pós parto no período entre 2005 e 2010.

Resultados: Foram realizadas um total de 46 EE a pacientes primíparas com incontinência fecal pós parto. Das 46 pacientes: 70% (n = 32) apresentavam lacerações esfíncterianas, 30% integridade destes esfíncteres, 52,2% (n = 24) laceração do EAI e 70% (n = 32) laceração do EAE. Quanto às lacerações do EAI as alterações apresentadas foram: 22 lacerações completas do EAI e 2 lacerações incompletas (todas com envolvimento do quadrante anterior). A laceração mais frequentemente encontrada localizou-se no canal anal superior (CAS) e médio (CAM) quadrante anterior e lateral esquerdo. Quanto às lacerações do EAE: 13 (40,6%) apresentava laceração completa; 19 (59,4%) incompleta; 3 isolada no CAS; 17 isolada no CAM; 12 ao longo de todo o canal anal. A laceração mais frequentemente encontrada foi a isolada do CAM quadrante anterior e lateral esquerdo adjacente (n = 11).

Conclusões: 70% das pacientes apresentava lacerações esfíncterianas. A maioria apresentava laceração simultânea do EAE e EAI. Este dado não está de acordo com a literatura em que as lacerações isoladas do EAE com preservação do EAI são referidas como sendo mais frequentes que a laceração conjunta destes dois esfíncteres. Uma percentagem significativa de pacientes apresenta laceração completa do EAI ao nível do CAM e CAS quadrantes anterior e lateral esquerdo o que está de acordo com a literatura existente.

51. TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL: PAPEL DA ECOGRAFIA DIGESTIVA NO DIAGNÓSTICO

A. Santos, V. Bettencourt, S. Usurelu, B. Pereira, E. Pereira, A. Caldeira, A. Loureiro, A. Bnhudo

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são pouco frequentes, com uma incidência de 10 a 20 casos por milhão de habitantes/ano, representando menos de 1% das neoplasias malignas gastrointestinais. A sua evolução clínica é em grande parte influenciada pela forma de apresentação e características histopatológicas do tumor.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 82 anos, com antecedentes de Diabetes mellitus 2, Hipertensão arterial e Fibrilhação auricular, hipocoagulada com Varfarina, que foi internada no Serviço de Gastroenterologia, por quadro de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), sob a forma de melenas. Ao exame objectivo não apresentava alterações de relevo à excepção de palidez cutâneo-mucosa. Analiticamente Hb 9,6 g/dL, taxa de protrombina de 12% (INR 2,7), Ureia 154, Creatinina 2. Realizou endoscopia digestiva alta de urgência que revelou formação ovóide com cerca de 4 cm de maior diâmetro, revestida por mucosa de características normais, pediculada, móvel e com aparente base de implantação no fundo gástrico (Pólipo fibróide? GIST?), sem evidência de foco hemorrágico. Posteriormente e para melhor esclarecimento, realizou-se ecografia digestiva que mostrou, a nível da parede gástrica, um tumor hipoeocogénico, aparentemente na dependência da camada muscular, bem delimitado e de estrutura heterogénea, medindo cerca de 52 mm de diâmetro, provável GIST. A doente foi submetida a terapêutica cirúrgica, tendo sido realizada gastrectomia atípica com ressecção do tumor. Diagnóstico histológico: GIST gástrico.

Discussão: Os autores apresentam o caso de uma doente internada por episódio de HDA com origem num GIST. Salientam a importância da ecografia digestiva no diagnóstico e caracterização deste tipo de tumores, nomeadamente, no caso descrito em que pelas características da formação a eco-endoscopia não foi possível. A propósito do caso clínico, fazem uma breve revisão do tema. Apresenta-se o caso clínico pela riqueza e singularidade da iconografia nomeadamente a reconstrução ecográfica tridimensional e a elastografia em tempo real de GIST.

52. ESÓFAGO DE BARRETT - CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO

L. Ricardo, C. Rodrigues, F. Cardoso, A. Oliveira, L. Santos, E. Pires, J. Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora-Sintra.

Introdução: O Esófago de Barrett (EB) desenvolve-se como consequência da doença de refluxo gastroesofágico e constitui o maior fator de risco para o desenvolvimento do adenocarcinoma esofágico, pelo que se preconiza uma vigilância endoscópica com biopsias.

Objectivo: Caracterizar os doentes com EB seguidos em consulta nos últimos 5 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes seguidos em consulta de Gastreenterologia durante o período de Janeiro 2007 a Fevereiro de 2012, com o diagnóstico de EB. Foram analisados os seguintes parâmetros: sexo, idade ao diagnóstico, achados endoscópicos, diagnósticos histológicos e terapêuticas realizadas.

Resultados: Foram incluídos 106 doentes, 68,9% do sexo masculino (n = 73), com uma idade média à data do diagnóstico de 60,6 anos (31-87). Observou-se EB de segmento longo (> 3 cm) em 30,2% (n = 32). As alterações histológicas foram: metaplasia gástrica - 2,8% (n = 3); metaplasia intestinal - 86,8% (n = 92); displasia de baixo grau - 7,5% (n = 8); displasia de alto grau - 0,9% (n = 1) e adenocarcinoma - 1,9% (n = 2). Todos os doentes com displasia ou neoplasia tinham EB de segmento longo. Os doentes foram mantidos sob terapêutica com inibidor da bomba de prótons em dose dupla. Dois dos doentes com displasia de baixo grau foram submetidos a ablação por radiofrequência com eficácia terapêutica - substituição completa por epitélio estratificado pavimentoso. Os doentes com displasia de alto grau e adenocarcinoma foram submetidos a esofagectomia com sucesso terapêutico, com uma sobrevida de 100% aos 2 anos, sem evidência de recidiva tumoral.

Conclusões: 1. O diagnóstico de EB foi confirmado histologicamente em 86,8% dos doentes; 2. Apesar do EB de segmento curto constituir também fator de risco para o adenocarcinoma, na nossa população, o desenvolvimento de displasia e neoplasia apenas se verificou nos doentes com segmento longo; 3. A detecção precoce de adenocarcinoma permitiu um tratamento eficaz; 4. A ablação do EB com radiofrequência poderá, nos doentes com displasia, constituir uma terapêutica válida.

53. INFUSÕES RÁPIDAS DE INFLIXIMAB NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: EXPERIÊNCIA INICIAL

L. Roque-Ramos, L. Barbosa, J. Freitas

Serviço de Gastreenterologia e Hospital de Dia de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.

Introdução: O Infiximab é um anticorpo monoclonal utilizado na terapêutica da doença inflamatória intestinal (DII). Segundo as recomendações originais deve ser infundido em pelo menos 2 horas. Recentemente foi proposta a infusão de 1 hora em doentes seleccionados.

Objectivo: Determinar a segurança da infusão rápida de infliximab em doentes seleccionados e o tempo efectivo de infusão.

Métodos: Análise prospectiva das infusões de infliximab realizadas em todos os doentes com DII sob terapêutica de manutenção entre Novembro de 2011 e Fevereiro de 2012. Nos doentes sem reacções adversas em 3 infusões consecutivas de 2 horas as 2 infusões seguintes eram programadas para 1h30 e 1 hora. A análise dos dados foi realizada com o SPSS 19.

Resultados: Nos 4 meses do estudo realizaram-se 72 infusões em 35 doentes, a maioria com Doença de Crohn (65,7%) e do sexo masculino (51,4%). A mediana de idade foi de 34 anos (amplitude 20-70). Mais de 80% dos doentes estavam sob infliximab há pelo menos 1 ano. Todos os doentes foram pré-medicados com hidrocortisona. Vinte e quatro infusões foram programadas para 1h30 e 15 para 1 hora, não havendo qualquer reacção adversa. Nas infusões de 2 horas ocorreram 3 reacções autolimitadas (rubor facial, hipotensão e desconforto torácico). Em 33,3% das infusões rápidas os doentes estavam medicados com imunomoduladores. O tempo efectivo de infusão foi de 160, 100 e 70 minutos nas infusões programadas para 2 horas, 1h30 e 1 hora respectivamente.

Conclusões: A instituição de um protocolo de infusão acelerada de infliximab permite seleccionar para infusões de 1 hora doentes com menor risco de reacções agudas nos quais as infusões rápidas são seguras e bem toleradas. A redução do tempo de infusão reduz

o tempo de permanência hospitalar do doente e poderá aumentar o número de tratamentos realizados por dia.

54. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM IDADE PEDIÁTRICA

L. Ramos, F. Reis, M. Ferreira, J. Freitas

Seviços de Gastreenterologia e Pediatria, Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A abordagem da doença inflamatória intestinal (DII) pediátrica alterou-se nas últimas décadas consequência da emergência da entero-ressonância magnética (RM) como método de estudo do delgado e aprovação do infliximab para doentes pediátricos com DII.

Objectivo: Estudar as características clínicas e a abordagem diagnóstica e terapêutica da população pediátrica com DII.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes pediátricos (≤ 17 anos) diagnosticados entre Outubro de 1991 e Setembro de 2011. Os dados foram tratados com o SPSS19.

Resultados: 33 casos de DII, 51,5% do sexo masculino e 66,7% com Doença de Crohn (DC). A mediana de idade no diagnóstico foi 12 anos. A apresentação mais frequente na DC foi a dor abdominal (63,6%) e a diarreia (54,5%) e na Colite ulcerosa (CU) a hematoquézia/rectorragia (80%). A DC era não estenosante não penetrante em 72,7%. A CU envolvia todo o cólon em 60%. Em 5 crianças (DC) constatou-se atraso de crescimento. A colonoscopia foi realizada em todos os casos e desde 2007 todos os doentes com DC fizeram endoscopia alta. Antes de 2004 o trânsito do delgado foi pedido em 84,6% e a RM em 6,3%. Depois de 2004 a percentagem de trânsitos foi 25% e de entero-RM 75%. A corticoterapia utilizou-se em 72,7% e a azatioprina em 57,6%. O infliximab foi iniciado em 6 doentes o primeiro em 2004. A nutrição entérica foi utilizada na indução terapêutica em 36,4% com início em 2000.

Conclusões: A DII em idade pediátrica pode ter um impacto negativo no crescimento principalmente na DC. O uso frequente de fármacos imunossupressores e a exposição a radiação ionizante são uma preocupação na abordagem destes doentes. A utilização crescente do infliximab e da nutrição entérica no tratamento vem reduzir o uso prolongado de corticoterapia. A entero-RM em substituição do trânsito do delgado permite diminuir a exposição à radiação ionizante.

55. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FENOTÍPICAS DA DOENÇA DE CROHN DEPOIS DOS 60 ANOS

M.J. Magalhães, R. Magalhães, P. Salgueiro, P. Lago, M. Salgado, C. Caetano, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: A Doença de Crohn (DC) afecta predominantemente os jovens adultos, sendo pouco frequente o início da sintomatologia em indivíduos com mais de 60 anos. A manifestação tardia da DC pode representar uma forma particular de expressão da doença.

Objectivo: Comparar as características clínicas e fenotípicas na DC recém-diagnosticada em duas coortes de doentes.

Métodos: Foram analisadas duas coortes de doentes com diagnóstico de DC, a partir dos registos médicos da consulta de Doença Intestinal Inflamatória (DII) do nosso centro: Grupo 1- doentes com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos; Grupo 2- aqueles com mais de 60 anos.

Resultados: De um total de 593 doentes com DII incluídos para análise (57,3% mulheres; 42,7% homens; 61,7% DC; 37,1% Colite Ulcerosa), 30 foram diagnosticados com DC com idade superior a 60 anos (Grupo 2). A distribuição por sexo é semelhante nos dois grupos. As características clínicas e fenotípicas dos grupos avaliados apresentam-se na tabela.

Tabela 55.

Ao diagnóstico de DC	Grupo 1 (20-40anos) (N = 366)	Grupo 2 (> 60anos) (N = 30)	p
Fumadores (%)	30	10	0,020
História familiar de DII (%)	9	13	0,464
Doença perianal (%)	26	17	0,278
Manifestações extra-intestinais (%)	13	7	0,347
Localização L2/L3 (%/%)	32/68	79/21	< 0,001
Comportamento B2/B3 (%/%)	68/32	55/46	0,348
Imunossupressão (%)	63	23	< 0,001
Terapêutica biológica (%)	26	17	0,264
Cirurgia (%)	45	30	0,114

Conclusões: A DC naqueles com mais de 60 anos caracteriza-se por uma localização cólica mais frequente e menor percentagem de fumadores, à data de diagnóstico. A imunossupressão é mais frequente nos doentes mais jovens, não se encontrando diferença significativa relativamente à terapêutica biológica ou necessidade de cirurgia.

56. ANÁLISE DAS CAUSAS DE MORTALIDADE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

M.J. Pereira, J.M. Romãozinho, P. Amaro, M. Ferreira, C. Sofia

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia, Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC.

Introdução: Em Portugal não existem estudos sobre as causas de morte em Unidades de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia (UCIGH). É fundamental, para o planeamento da prática clínica diária nestas Unidades, o reconhecimento das patologias associadas a maior mortalidade.

Objectivo: Analisar as causas de mortalidade numa UCIGH.

Métodos: Análise retrospectiva de 179 óbitos [H/M = 127/52; idade média: 63 anos (30-94)] ocorridos entre 29/10/2004 a 01/10/2011.

Resultados: Taxa de mortalidade na UCIGH: 9,90%. Causas de morte (n = 179): cirrose hepática (CH) (n = 94) 52,5%; hemorragia digestiva não varicosa (HDNV) (n = 40) 22,4%; pancreatite aguda (PA) (n = 21) 11,7%; falência hepática aguda (FHA) (n = 10) 5,6%; outras (n = 14) 7,8%. Causas de morte na CH (n = 94): rotura de varizes (n = 36) 38,3%; encefalopatia (n = 23) 24,5%; peritonite bacteriana espontânea (n = 13) 13,8%; pneumonia (n = 9) 9,6%; síndrome hepato-renal (n = 9) 9,6%; hepatocarcinoma (n = 3) 3,2%; peritonite secundária (n = 1) 1%. Causas de morte na HDNV (n = 40): indeterminada (n = 16) 40%; úlcera péptica (n = 14) 35%; neoplasia esofágica maligna (n = 4) 10%; neoplasia gástrica maligna (n = 1) 2,5%; lesão de Dieulafoy (n = 1) 2,5%; colite isquémica (n = 1) 2,5%; pós-poliplectomia (n = 1) 2,5%; jejunoileite por CMV (n = 1) 2,5%; angiectasias (n = 1) 2,5%. Causas de morte na PA (n = 21): litiásica (n = 8) 38,2%; indeterminada (n = 7) 33,3%; alcoólica (n = 4) 19,1%; hipertrigliceridemia (n = 1) 4,7%; isquémica (n = 1) 4,7%. Causas de morte na FHA (n = 10): indeterminada (n = 5) 50%; *Amanita phalloides* (n = 1) 10%; paracetamol (n = 1) 10%; VHB (n = 1) 10%; esteatohepatite (n = 1) 10%; isquémica (n = 1) 10%. Outras causas (n = 14): colangite (n = 6) 42,9%; colangiocarcinoma (n = 4) 28,7%; abscesso hepático piogénico (n = 1) 7,1%; neoplasia pancreática maligna (n = 1) 7,1%; Síndrome Budd-Chiari (n = 1) 7,1%; lesões cáusticas do tubo digestivo (n = 1) 7,1%.

Conclusões: 1) A CH constituiu a principal causa de morte nos doentes internados na UCIGH, sendo a rotura de varizes a sua

complicação terminal mais frequente. 2) Em todas as restantes causas de morte (HDNV, PA e FHA) na Unidade, as de etiologia indeterminada são as mais frequentemente incriminadas.

Endoscopia

57. CORPO ESTRANHO ESOFÁGICO: COLOCAÇÃO DE PRÓTESE ENDOSCÓPICA PARA ENCERRAMENTO DE PERFURAÇÃO

C. Fernandes, T. Pinto Pais, I. Ribeiro, J. Silva, R. Pinho, J. Fraga

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/ Espinho.

A presença de corpo estranho esofágico é uma situação frequente, sendo muitas vezes difícil e desafiante a sua abordagem endoscópica. Os autores relatam o caso de uma mulher, 74 anos, com antecedentes de diabetes mellitus e hipotireoidismo, referenciada ao nosso serviço de urgência por presença de corpo estranho esofágico. A doente referia quadro de dor cervical, com irradiação para a região submandibular desde há cerca de 7 dias. Relacionava o quadro com deglutição de espinha de peixe (bacalhau). Negava outra sintomatologia nomeadamente febre. Realizou TC cervico-torácico no exterior que mostrava corpo estranho linear com 34 mm no terço médio do esófago, transversal, entre o ramo direito da artéria pulmonar anteriormente e a aorta descendente posteriormente, com secção do lúmen esofágico e extremidades distais a cerca de 6 mm da parede de cada vaso. No serviço de urgência realizada endoscopia digestiva alta observando-se no esófago médio espinha larga a penetrar parede esofágica em dois pontos contralaterais; Procedeu-se a remoção da espinha com pinça, após colocação de overtube junto à mesma. Após remoção, observa-se espinha em "V" (um ramo com 40 × 15 mm e o outro com cerca de 30 × 10 mm). No controlo endoscópico observa-se laceração profunda da parede esofágica, correspondente a local de penetração da espinha, com cerca de 3 cm de maior eixo. Colocou-se prótese coberta (HanoStent CCC com 20 mm × 110 mm) centrada na topografia da laceração. Verificada patência e ausência de extravasamento no final, por injeção de contraste. Internada sem alimentação oral e com antibióterapia de largo espectro. Ao 12º dia realizado trânsito esofágico baritado que revelou fina lâmina de contraste entre prótese e parede esofágica, sem extravasamento. Reiniciou dieta oral com tolerância, sem complicações. Cerca de 1 mês depois realizou endoscopia digestiva alta com retirada de prótese esofágica. No local de perfuração prévia observou-se apenas lesão cicatricial, sem extravasamento após injeção de contraste.

58. ABLAÇÃO DE ESÓFAGO DE BARRETT POR RADIOFREQUÊNCIA: EXPERIÊNCIA INICIAL

M. Serrano¹, S. Mão de Ferro¹, P. Chaves², A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastrenterologia. ²Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Introdução e objectivo: A ablação por radiofrequência (ARF) é uma técnica endoscópica com o potencial de erradicar o Esófago de Barrett (EB), estando indicado nos casos com displasia. Pretendemos avaliar a eficácia, tolerância e segurança da ARF no tratamento de EB displásico ou com carcinoma precoce (CP) na nossa experiência.

Métodos: Incluídos doentes com EB displásico ou CP submetidos ARF (isolada na ausência de lesões visíveis ou após mucosectomia endoscópica (ME) de lesões macroscópicas). Procedimentos efectuados sob sedação profunda; utilizado o sistema Halo360 para ablação circunferencial em EB longo e o Halo90 para completar ablação ou em EB curto/não circular. Terapêutica com esomeprazol bid. Vigilância endoscópica com biopsias às 8-12 semanas; repetição de ARF caso necessário.

Resultados: Cinco doentes (4H, 1M; idade média 59,2 ± 4,2 anos) foram submetidos a ARF (3-terapêutica isolada; 2-pós ME). Extensão média EB: 5,2 ± 0,86 cm. Não se registaram complicações. Após um follow-up médio de 11,7 ± 3,2 meses verificou-se erradicação de displasia em todos os doentes e significativa redução da MI em 4. O caso de não regressão, após 2 sessões, ocorreu no doente do sexo feminino, com volumosa hérnia do hiato.

Conclusões: AARF demonstrou ser uma técnica eficaz e segura na abordagem do EB com displasia.

59. PRÓTESES CÓLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS: AVALIAÇÃO DE RESULTADOS EM NEOPLASIA COLORETAL

C. Fernandes, L. Proença, R. Pinho, T. Pinto Pais, I. Ribeiro, J. Silva, J. Fraga

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/ Espinho.

Introdução: A utilização de próteses cólicas auto-expansíveis em doentes com quadro oclusivo por neoplasia coloretal tem ganho popularidade nos últimos anos. Neste contexto, a sua utilização visa 1) a palição ou 2) a criação de condições para realização de cirurgia eletiva ("ponte").

Objectivo: Avaliação 1) da sobrevida dos doentes com próteses cólicas paliativas; e 2) da realização de cirurgia eletiva e necessidade de colostomia em doentes com próteses cólicas tipo "ponte".

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a colocação de prótese cólica endoscópica por cancro coloretal entre julho 2001 e junho 2011. Avaliada sobrevida dos doentes com próteses paliativas; realização de cirurgia eletiva e necessidade de estoma em doentes com prótese tipo "ponte". Avaliado o sucesso técnico, complicações e causa de morte.

Resultados: 63 doentes submetidos a colocação de prótese cólica. Destas 23 foram paliativas e 40 consideradas como "pontes". Maior número de próteses/ano: 16. Paliativas: 23 doentes (52% sexo feminino; idade média 68,7) com neoplasia coloretal. Envolvimento do sigmoide 74% dos casos. Sucesso técnico em 82,6% dos casos (1 insucesso e 3 migrações); complicação tardia em apenas 5,3% (1 migração); Follow-up médio de 174,4 dias. Sobrevida mediana (Kaplan-Meier) de 75 dias [± 63 dias]; Faleceram 89,5% dos doentes, sendo a causa de morte diretamente relacionada com neoplasia em 48%. Pontes: 40 doentes (65% masculino; idade média 68,2 anos) com neoplasia coloretal. Envolvimento do sigmoide em 55%. Sucesso técnico em 87,5% (3 insucessos e duas perfurações). Destes verificaram-se complicações tardias em 3 doentes; realização de cirurgia eletiva em 90,6%; sem necessidade de estoma em 87,5% dos doentes.

Conclusões: Verificou-se: 1) reduzido número de complicações imediatas e tardias; 2) sobrevida mediana (Kaplan-Meier) de 75 dias em doentes com próteses paliativas; e 3) realização de cirurgia eletiva sem necessidade de estoma na maioria dos doentes com prótese como "ponte".

60. ULTRASONOGRAFIA TRANSENDOSCÓPICA: O QUE "MUDOU" APÓS 3 ANOS

N. Veloso, P. Figueiredo, J. Dinis Silva, P. Pinto-Marques, M.J. Brito, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta, EPE.

Objectivo: A ultrasonografia transendoscópica (EUS) é uma modalidade imagiológica de diagnóstico, podendo ser usada como procedimento de diagnóstico invasivo e terapêutico. Os avanços da EUS devem-se à introdução do aparelho linear, permitindo a realização de punção aspirativa por agulha fina (FNA). Pretendeu-se avaliar o que "mudou" entre 2008 e 2011.

Métodos: Análise retrospectiva de relatório dos doentes submetidos a EUS em 2008 e 2011. Determinou-se idade, sexo, proveniência, indicação, tipo de aparelho e sedação, recurso a FNA, número de alvos puncionados e resultados da FNA (diagnóstica, suspeita ou inconclusiva).

Resultados: Efetuaram-se 163 EUS (85 sexo masculino; idade 59,34 ± 17,26 anos) em 2008 vs 499 (263 sexo masculino; idade 64,3 ± 13,7 anos) em 2011. Em 2008, 18,4% dos doentes foram referenciados por outra instituição vs 46,5% em 2011 (p < 0,001). As indicações para EUS em 2008 vs 2011 foram: oncológica (31,3% VS 51,3%; p < 0,001), lesão sub-epitelial (17,8% vs 12,2%; p = 0,086), coledocolitase/dilatação VBP/pancreatite aguda (14,1% vs 17,4%; p = 0,39), massa pâncreas (11% vs 6,6%; p = 0,089), lesões quísticas pâncreas (8,6% vs 6,1%; p = 0,27), massa mediastínica (7,4% vs 3,6%; p ≤ 0,05), outras (7,4% vs 1%; p < 0,001), terapêutica (1,2% vs 0,8%; p = 0,64) e tubo digestivo espessado (1,2% vs 1%; p = 0,683). Em 2008, 54% dos exames foram realizados com o aparelho linear vs 62,7% em 2011 (p ≤ 0,05). Efetuou-se em 2008 EUS sob sedação por

Tabela 58.

Indicação ARF	Class.Praga Pré-ARF	Halo360/90 (n.º sessões)	Class.Praga Pós-ARF	Erradicação completa MI/Displasia*
DBG plana	C8M8	2/0	C1M1	Não/Sim
DBG plana	C4M5	1/1	Ilhéus	Não/Sim
DBG plana	COM3	0/1	NA	Sim/Sim
Pós ME DBG	C6M6	2/0	C6M6	Não/Sim
Pós ME ADC	C1M4	0/1	Ilhéus	Não/Sim

DBG-displasia baixo grau; ADC-adenocarcinoma intramucoso; NA-não aplicável; *confirmado em biopsia.

gastroenterologista em 89% vs 68,3% em 2011 ($p < 0,001$), existindo apoio anestésico em 3,7% dos exames vs 23% ($p < 0,001$), não sendo realizada qualquer sedação em 7,3% dos exames vs 8,6% ($p = 0,74$). Fez-se FNA em 31,3% dos exames em 2008 vs 32,7% em 2011 ($p = 0,77$). Destes foi puncionado mais do que um alvo em 11,8% em 2008 vs 17,2% em 2011 ($p = 0,42$). As agulhas para FNA em 2008 vs 2011 foram: 19 g (3,9% vs 9,2%; $p \leq 0,05$), 19 g trucut (19,6% vs 3,5%; $p < 0,001$), 22 g (64,7% vs 51,2%; $p < 0,001$), 22 g-ProCore (0% vs 7%; $p \leq 0,05$), 25 g (11,8% vs 29,1%; $p = 0,16$). A FNA em 2008 vs 2011 foi diagnóstica 54,9% vs 75,3% ($p \leq 0,05$), suspeita 7,8% vs 14,4% ($p = 0,19$) e inconclusiva 37,3% vs 10,3% ($p < 0,001$).

Conclusões: Verificou-se aumento de 3,1x do número de EUS realizadas entre 2008 e 2011. A principal indicação mantém-se a oncológica. Constatou-se aumento estatisticamente significativo do nº de exames realizado com o aparelho linear, sob apoio anestésico e da taxa diagnóstica/FNA.

61. SPATZ ADJUSTABLE BALLOON SYSTEM®: EXPERIENCIA INICIAL DECEPCIONANTE

M. Mascarenhas Saraiva, E. Oliveira

ManopH, Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva.

Introdução: A técnica de implantação de um balão intragástrico representa uma opção viável no tratamento da obesidade. Contudo, frequentemente, após os primeiros meses de perda de peso com sucesso, sucede-se uma acomodação à presença do balão, com redução da eficácia. Com o intuito de reduzir esta acomodação, foi lançado um sistema de balão gástrico ajustável ("Spatz™ Adjustable Balloon System"), que permite modificar o volume do balão enquanto este permanece no estômago. Cada adição de volume produz assim um efeito "de novo", podendo melhorar os resultados. Foi indicada uma segurança para 1 ano de implantação. Ensaios clínicos com este balão reportaram um perda de peso adicional com este sistema, quando comparado com a técnica mais difundida. De igual modo, é possível, nos casos de sintomas excessivos, reduzir o volume do balão, melhorando a tolerância.

Objectivo: Descrever a nossa experiência com o balão intragástrico Spatz no tratamento da obesidade.

Métodos: Colocação do balão por via endoscópica, com inflação inicial de 400 ml e reajustamento de volume (para 600 ml) aos 4 meses ou quando ocorrer diminuição da perda de peso. Se necessário, reajustamento. Planeada permanência de 12 meses. Implantação em 3 mulheres.

Resultados: As doentes toleraram bem o balão inicialmente. Experimentaram sintomas excessivos após o ajuste de volume, sendo, num caso necessário diminuir o volume 3 dias após. Uma das doentes registou dor epigástrica significativa aos 7 meses, sendo necessário retirar o balão, constatando-se úlcera gástrica escavada. Outra doente teve diminuição do efeito do balão aos 9 meses, constatando-se, na retirada, que estava vazio. A 3ª doente retirou o balão aos 12 meses, notando-se gastrite com ulcerações. Estas 3 ocorrências levaram-nos a suspender o programa de utilização deste tipo de balão.

Conclusões: Na nossa experiência inicial, este tipo de balão levantou problemas que nos levaram a suspender a sua utilização.

62. ENDOMETRIOSE PÉLVICA: PAPEL DA ULTRA-SONOGRAFIA ENDOSCÓPICA RECTAL

D. Ferreira, F. Castro-Poças, P. Lago, T. Moreira, I. Pedroto

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar do Porto, Hospital Geral de Santo António.

Introdução e objectivo: A ultra-sonografia endoscópica (EUS) com ou sem punção aspirativa por agulha fina (PAAF) pode ser útil

para documentar o envolvimento da parede intestinal pela endometriose e a profundidade de infiltração da mesma. Descrevemos a experiência de um centro no uso da EUS em casos suspeitos de endometriose pélvica.

Métodos: Os dados das pacientes submetidas a EUS entre 2005 e 2010 por suspeita de endometriose pélvica foram retrospectivamente colhidos e analisados. Analisamos as características das pacientes e das lesões. Nas que realizaram EUS com PAAF analisamos a sua acuidade diagnóstica e o seu contributo para o diagnóstico da lesão suspeita.

Resultados: 29 pacientes realizaram EUS por suspeita de endometriose. Destas 29, 19 apresentavam lesões sugestivas de endometriose por EUS, 16 das quais com envolvimento da parede digestiva. Duas lesões eram intrínsecas à parede rectal (muscular própria) e 14 apresentavam componente extra-luminal com invasão da parede digestiva (10 com invasão da muscular própria e tamanho médio 24, 68 × 13,09 mm e 4 invasão da submucosa e tamanho médio de 33, 4 × 17,45 mm). Foram puncionadas 6 lesões. Os resultados citológicos foram inconclusivos na totalidade dos casos. Das doentes que realizaram simultaneamente EUS e RMN observou-se concordância entre os dois métodos de imagens na maioria das lesões. O diagnóstico definitivo foi obtido em 16 dos 19 casos por laparoscopia ou biópsia transvaginal.

Conclusões: A maioria das lesões apresentava componente extra-luminal com invasão da parede digestiva alcançando a camada muscular própria. Observou-se concordância entre os achados por RMN e EUS na maioria das lesões. O diagnóstico definitivo de endometriose foi confirmado histologicamente em 84% dos casos. Em todos os casos em que foram realizadas PAAF os resultados foram inconclusivos. Os casos descritos de endometriose confirmados por PAAF são raros.

63. FÍSTULAS ESOFÁGICAS PÓS-SLEEVE GÁSTRICO: TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

P. Sousa, C. Noronha Ferreira, F. Carepa, J. Lopes, R. Maldonado, R. Palma, J. Coutinho, L. Carrilho Ribeiro, J. Velosa

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução e objectivo: Na obesidade mórbida, a cirurgia de sleeve gástrico é uma das opções terapêuticas. As fístulas são uma complicação precoce desta técnica e associam-se a maior morbimortalidade e elevado risco quando re-operados.

Métodos: Neste estudo retrospectivo, analisamos 7 doentes submetidos a sleeve gástrico entre Agosto 2010 e Janeiro 2012, nos quais a ocorrência de fístula motivou tentativa de resolução endoscópica. Foram colhidos dados demográficos, achados endoscópicos e radiológicos, nº de endoscopias necessárias e diferentes terapêuticas utilizadas.

Resultados: Dos 7 doentes, 5 eram mulheres. A média de idade era 46 ± 11 anos. O orifício da fístula localizou-se na região justacárdica em todos os doentes e tinha diâmetro entre 3 e 7 mm. O tempo entre cirurgia e primeira deteção endoscópica da fístula foi uma mediana de 14 dias (média 31;7-146), sendo nessa altura efectuada a 1ª tentativa de encerramento da fístula. Efectuaram-se uma média de 4 ± 3 endoscopias por doente. Em 6 doentes a primeira tentativa de encerramento de fístula foi feita com colocação de clips verificando-se encerramento 1º do orifício em 2 casos. Colocaram-se próteses metálicas em 4 doentes verificando-se encerramento da fístula em 2. Houve recidiva da fístula em 2 doentes os quais foram manejados com reintervenção endoscópica (prótese e sonda naso-entérica) com sucesso. Na totalidade apenas 1 doente foi re-operada mantendo fístula no pós-operatório. Em 3 doentes em que não se conseguiu encerramento 1º da fístula com

terapêutica endoscópica e cirurgia, foi colocada sonda de alimentação naso-entérica. Como complicação de endoscopia, verificou-se hemorragia digestiva causada pela prótese em doente anticoagulado que se resolveu com remoção da mesma. Verificou-se encerramento definitivo das fístulas em todos os doentes após uma mediana de 91 (70-182) dias (média 122; 37-300).

Conclusões: O manejo endoscópico de fístulas pós sleeve gástrico deve ser sempre equacionado parecendo ser uma abordagem eficaz e segura.

64. EFICÁCIA DAS PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS TOTALMENTE COBERTAS NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE ESTENOSSES BENIGNAS DA HIPOFARINGE

R. Herculano, I. Chapim, L. Carvalho, S. Santos, T. Bana, C. Chagas, L. Matos

Hospital Egas Moniz/CHLO.

Introdução: As próteses esofágicas totalmente cobertas e auto-expansíveis surgiram como uma alternativa terapêutica nas estenoses benignas da hipofaringe, de doentes submetidos no passado a laringectomia e radioterapia. Os autores apresentam a sua experiência neste procedimento, analisando a sua segurança e eficácia.

Métodos: Análise retrospectiva de casos de colocação de próteses esofágicas autoexpansíveis e totalmente cobertas em 3 doentes (homens, idade média 60 anos), com um período de seguimento de 2 a 4 meses. Todos os doentes apresentavam estenoses esofágicas benignas (pós-laringectomia e radioterapia) sintomáticas (disfagia). As próteses foram colocadas usando a técnica "over the wire", sob controlo radioscópico.

Resultados: Registou-se sucesso técnico em todos os doentes, com colocação da prótese a franquear a totalidade da área estenótica. Não se registaram complicações do procedimento, nomeadamente casos de perfuração, hemorragia ou dor. Após um período de seguimento variável (2-4 meses), todos os doentes permaneceram assintomáticos.

Conclusões: Nos 3 casos analisados, a colocação deste tipo de próteses foi segura e eficaz, surgindo como uma mais-valia no tratamento deste tipo de estenoses, em concordância com algumas séries publicadas na literatura.

65. DILATAÇÃO PAPILAR COM BALÃO APÓS ESFINCTEROTOMIA: A "PEDRA DE TOQUE" NA EXTRACÇÃO DOS CÁLCULOS DIFÍCEIS DA VIA BILIAR PRINCIPAL

B. Rosa, P. Moutinho Ribeiro, A. Rebelo, A. Pinto Correia, J. Cotter

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução: A dilatação da papila de Vater com balão through-the-scope (TTS) após esfínterectomia biliar (EB) é uma técnica que possibilita a remoção de cálculos de grandes dimensões (únicos ou múltiplos) da via biliar principal (VBP).

Objectivo: Avaliar a eficácia e segurança do procedimento de dilatação papilar após EBS em doentes com litíase difícil da VBP.

Métodos: Análise retrospectiva de uma série de casos consecutivos de litíase difícil da VBP referentes a um período de dois anos. Avaliação dos parâmetros de eficácia da dilatação papilar com balão TTS precedida de EB (remoção completa dos cálculos, número de sessões, necessidade de litotricia mecânica) e segurança da técnica (análise das complicações).

Resultados: Incluídos 68 doentes (66,2% do sexo feminino), com idade média de 70 anos. Quarenta e oito doentes (70,6%) apresentavam cálculos múltiplos e 20 doentes (29,4%) apresentavam um cálculo único da VBP. O diâmetro médio dos cálculos foi de 17 ±

4 mm [12-30 mm]. Em todos os doentes a dilatação papilar com balão, até um diâmetro médio de 15 mm [12-18 mm], foi precedida de EB primária ou alargamento de EBS prévia. Em 10 doentes (14,7%) foi necessário realizar litotricia mecânica durante a mesma sessão. Foi possível extrair a totalidade dos cálculos em sessão única em 57 doentes (83,8%). Em 12 doentes (17,6%) foi colocada prótese biliar no final do procedimento, por persistência de litíase residual e/ou atraso no esvaziamento de contraste. Para além de 9 (13,2%) casos de pancreatite aguda ligeira, com evolução favorável com tratamento conservador, não se registaram outras complicações.

Conclusões: A dilatação papilar com balão precedida de EB é um método eficaz para a remoção de cálculos difíceis da VBP, tendo permitido, nesta série, a sua extracção na totalidade em sessão única em mais de 80% dos doentes. A complicação mais frequente foi a pancreatite aguda (13,2%), auto-limitada em todos os casos.

66. PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA "PROCORE" NA ECOENDOSCOPIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

A. Nunes, P. Figueiredo, P. Pinto-Marques, M.J. Brito, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Introdução e objectivo: A punção aspirativa com agulha fina (FNA) ecoguiada de lesões gastrointestinais e extra-intestinais é uma técnica eficaz para obtenção de material para diagnóstico citológico em 60-90% dos casos. As novas agulhas "Procore" (Cook Medical), permitem colher material para citologia e histologia, em localizações menos acessíveis para as agulhas tradicionais. Procurámos avaliar a rentabilidade diagnóstica destas agulhas (19 e 22 gauge) na nossa instituição.

Métodos: Foram avaliados todos os casos de FNA com agulha "Procore" de 19 ou 22 gauge realizados durante o ano de 2011. Foram avaliadas as seguintes variáveis: idade do doente, sexo, indicação para realização do procedimento, órgãos puncionados, agulha utilizada e resultado do exame citológico (diagnóstico, suspeito, inconclusivo/insuficiente).

Resultados: No ano 2011, procedeu-se a FNA em 159 das 499 ecoendoscopias realizadas. A agulha "Procore" foi utilizada em 15 doentes, 11 (73,3%) homens e 4 (26,7%) mulheres, com uma idade média de 59 ± 18 anos. O procedimento foi realizado com sedação profunda num terço dos casos e com sedação consciente nos restantes. Os motivos para a realização do exame foram: avaliação de lesão subepitelial esofágica e gástrica, estadiamento de neoplasia gástrica e pancreática, adenopatias abdominais e mediastínicas, massa abdominal e pancreatite aguda. As lesões puncionadas incluíram: adenopatias mediastínicas e abdominais, pâncreas, lesões subepiteliais e massas abdominais. Realizaram-se 12 punções com a agulha 22 gauge e 4 com a agulha 19. O exame citológico foi diagnóstico em 11 casos, suspeito num caso e inconclusivo ou insuficiente para diagnóstico em 2 casos, com uma rentabilidade de diagnóstico de 68,8%.

Conclusões: Realizaram-se 16 FNA em 2011 com a nova agulha "Procore" com uma rentabilidade diagnóstica sobreponível à das agulhas tradicionais.

67. OBSTIPAÇÃO - ASSOCIADO A LESÕES MALIGNAS OU PRÉ-MALIGNAS NA COLONOSCOPIA?

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

Hospital Espírito Santo, Évora.

Objectivo: Na literatura não existe consenso sobre o papel da colonoscopia na obstipação, assim como quanto à associação entre obstipação e cancro colo-rectal (CCR). A SPED/ASGE recomendam colonoscopia em doentes com obstipação quando apresentam idade

> 50 anos, sem rastreio CCR. A AGA não endorsa a obstipação como indicação para colonoscopia. Pretendeu-se determinar a prevalência e a associação de lesões significativas (tumor maligno suspeito ou pólipos > 10 mm) em doentes que realizaram colonoscopia com a indicação de obstipação comparando com obstipação e outro sintoma e rastreio CCR com risco padrão.

Métodos: Análise retrospectiva de relatório dos doentes submetidos a colonoscopia entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2011.

Resultados: Incluíram-se 630 doentes (64,4% sexo feminino). O rastreio CCR foi a indicação mais frequente para colonoscopia (45,6%), seguido pela obstipação (27,3%) e obstipação e outra indicação (27,1%). A idade média para a indicação de obstipação e rastreio CCR foi 67,3 e 57 anos. O número de lesões significativas achadas na colonoscopia com a indicação de obstipação, obstipação e outro sintoma e rastreio CCR foi de 6, 15 e 16, respectivamente (4, 6 e 4 corresponderam a tumores malignos suspeitos). A histologia confirmou todos os casos de tumor maligno suspeito (12 adenocarcinoma bem diferenciado e 2 moderadamente diferenciado) e revelou adenoma com displasia de baixo grau na totalidade dos pólipos. Não se verificou associação estatisticamente significativa entre obstipação Vs rastreio CCR, no que respeita a lesões significativas achadas na colonoscopia ($p > 0,05$). Contudo a indicação obstipação e outro sintoma associou-se à presença de lesões significativas ($p < 0,05$).

Conclusões: Não existe associação entre obstipação e presença de lesões significativas quando comparado com o rastreio CCR com risco padrão. A obstipação por si só, não deverá ser utilizada como indicação para colonoscopia. Existe uma associação de lesões significativas nos doentes com obstipação e presença de outro sintoma. Estes doentes deverão realizar colonoscopia.

68. FACTORES ASSOCIADOS A ENTEROSCOPIAS POR VIDEO-CÁPSULA INCOMPLETAS: UMA ANÁLISE DE 239 DOENTES.

A. Santos, C. Leitão, B. Pereira, J. Guimarães, E. Pereira, A. Caldeira, R. Sousa, J. Tristão, A. Banhudo

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: A enteroscopia por videocápsula (EVC) revolucionou a abordagem da patologia do intestino delgado, no entanto em 20 a 30% dos procedimentos, a cápsula não atinge o cego, no período necessário para o registo, com imagens incompletas do intestino delgado, o que limita o valor da cápsula endoscópica.

Objectivo: Avaliar os estudos endoscópicos por vídeo-cápsula em termos de exames incompletos e encontrara factores de risco para estes eventos.

Métodos: Estudo retrospectivo de 239 doentes consecutivos submetidos a VCE entre 2002-2012, através de revisão do processo clínico.

Resultados: Dos 239 exames realizados, foram considerados para o estudo 233. A taxa global de exames incompletos foi de 23%, significando que a cápsula não atingiu o cego durante o tempo de gravação (8 a 11h dependendo do sistema da cápsula). A média de idades dos doentes com exames incompletos foi de 58,3 anos (14-87) e 53,7% eram do sexo feminino. 83,3% dos doentes encontravam-se internados ($p < 0,05$). As principais indicações para a EVC foram a hemorragia digestiva de causa obscura (51,9%) e a Doença de Crohn (DC) (24,1%). A taxa global de exames incompletos foi superior nos doentes com suspeita de DC (16,7%) e inferior na DC estabelecida (7,4%). Os achados mais frequentes foram as angiodisplasias (14,8%) logo seguidas de alterações sugestivas de DC (5,6%). Outro achado comum foi a lentificação do trânsito gástrico, verificando-se que nos doentes em que a cápsula permanecia no estômago por mais de 60 minutos, 57,5% dos doentes não completaram a EVC ($p < 0,001$). Não se verificou nenhum caso de retenção.

Conclusões: Identificaram-se factores de risco para procedimentos endoscópicos por vídeo-cápsula incompletos, nomeadamente uma lentificação do tempo de esvaziamento gástrico e a imobilidade dos doentes, que podem ser usados para estratificar o risco dos doentes e guiar intervenções para melhorar as taxas de exames completos.

69. GRAU DE SATISFAÇÃO DO DOENTE NUMA UNIDADE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

R. Carvalho, M. Areia, S. Saraiva, D. Brito, S. Alves, L. Elvas, M. Pedrosa, C. França, D. Bernardes, A. Ferreira, C. Craveiro, A.T. Cadime

Serviço de Gastrenterologia, IPO de Coimbra.

Introdução: A satisfação do doente deve ser uma medida de qualidade em saúde. É uma avaliação cognitiva e emocional acerca dos cuidados de saúde, baseada em aspetos relevantes da experiência do doente.

Objectivo: Avaliar o grau de satisfação do doente após a realização de um exame endoscópico.

Métodos: No período de Março a Agosto de 2011, foi solicitado aos doentes o preenchimento de um questionário (adaptado de "Patient Satisfaction Survey: Endoscopy. AGA 2007"), após realização de exames endoscópicos no nosso Serviço. Foram avaliados os fatores que influenciaram o grau de satisfação.

Resultados: Durante o período em questão, 301 doentes preencheram o questionário. 90% dos doentes consideraram "Bom" ou "Muito Bom" o atendimento/acolhimento no Serviço, sendo o tempo de espera para efetuar o exame o aspeto mais negativo (16% responderam "Razoável"). 96% classificaram o atendimento durante o exame como "Bom" ou "Muito Bom", sendo semelhante o nível de satisfação com o Médico, Enfermeiro ou Auxiliar de Ação Médica. Após o exame, a maioria dos doentes (94%) concordou que o tempo de recuperação e de esclarecimentos foi adequado. 93% responderam que voltariam para um novo exame e 95% que recomendariam o Serviço a um amigo ou familiar. A maioria dos doentes (85%) afirmou não ter dificuldades na preparação para o exame, no entanto, 55% referiram não ter nenhum contacto em caso de dúvida.

Conclusões: O grau de satisfação dos doentes após um exame endoscópico na nossa Unidade de Endoscopia é elevado. A aplicação destes questionários permite-nos identificar aspetos que podem aumentar a satisfação do utente. No nosso caso, o tempo de espera para a realização do exame e a visibilidade de um contacto telefónico do Serviço para esclarecimentos adicionais são fatores a melhorar.

70. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO CARCINOMA COLORRECTAL ATRAVÉS DA COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSIVAS: EXISTE ALGUM BENEFÍCIO?

T. Correia, R. Cardoso, C. Rodrigues, D. Gomes, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A utilização de próteses metálicas autoexpansivas (PMAE) tem aumentado no carcinoma colorrectal (CCR) estenosante. A obstrução do cólon constitui geralmente uma apresentação tardia do CCR, caracterizando maioritariamente a doença avançada e incurável. Neste contexto, as PMAE podem ser utilizadas como ponte para a cirurgia electiva, ou como paliativo, em alternativa a uma colostomia definitiva.

Objectivo e métodos: Análise retrospectiva da eficácia, complicações e follow-up dos doentes que colocaram PMAE no contexto do tratamento de CCR, num hospital terciário, nos últimos 7 anos (2005-2011). Os doentes foram divididos em dois grupos:

grupo A (intenção paliativa, 29 doentes) e grupo B (ponte para cirurgia electiva, 10 doentes).

Resultados: Foram colocadas 40 PMAE em 39 doentes (24M e 15F), com uma mediana de 75 anos, sem diferença entre os grupos. Foram introduzidas 8 no recto (20%), 22 no sigmóide (55%), 8 no descendente (20%) e 2 no ângulo esplénico (5%). Dezoito doentes apresentaram-se em oclusão/sub-oclusão, sendo 10 do grupo A. A lesão era infranqueável em 27 doentes (20 do A, 7 do B). Nove doentes do grupo B realizaram cirurgia com intenção curativa, com intervalo mediano de 6 dias entre a colocação da prótese e a cirurgia. Ocorreram seis complicações (tabela). O intervalo entre o diagnóstico e a colocação da prótese foi inferior ($p < 0,05$) no grupo B (9 dias) em relação ao grupo A (41 dias). O follow-up médio foi de 256 dias, sendo estatisticamente superior no grupo B (474 dias vs 152, $p < 0,05$).

	Perfuração	Migração	Oclusão
Grupo A	1	1	2
Grupo B	1	-	1

Conclusões: As PMAE constituem um procedimento eficaz tanto como ponte para a cirurgia como na palição de neoplasias inoperáveis. A sua colocação deverá ser mais frequentemente considerada pelas equipas cirúrgicas em alternativa à cirurgia de emergência em quadros de oclusão/sub-oclusão no contexto de CCR.

71. ENDOSCOPIA TRANSNASAL: UM PROCEDIMENTO ALTERNATIVO À ENDOSCOPIA ALTA CONVENCIONAL ?

M. Mascarenhas Saraiva, E. Oliveira

ManopH, Instituto CUF, Hospital CUF.

Introdução: A Endoscopia digestiva alta transoral (método convencional) é habitualmente encarada com ansiedade e muitas vezes mal tolerada pelo doente: vômitos, engasgamento, hipersalivação, incómodo causado pela anestesia tópica oral são frequentemente relatados. Para reduzir estes inconvenientes indica-se o recurso a sedação endovenosa, que também se reveste de ansiedade em relação ao processo anestésico, necessidade de ser acompanhado e incapacidade de conduzir veículos após o exame, além do custo acrescido. Como alternativa, tem sido proposta a endoscopia transnasal (ETN), tendo a maioria dos trabalhos reportado uma melhor tolerância, quando comparada com o método convencional.

Objectivo: Avaliar a nossa experiência com a endoscopia transnasal, tendo como objectivo primário avaliar se os doentes preferem-na em relação ao método convencional

Métodos: 209 doentes propostos para EDA foi proposta a via nasal - aceitaram 141 (67,5%). Idades: mediana 48 (14-73 anos). Sexo: m 71 (50,4%) f 70 (49,6%). 30 exames iniciais efectuados sob sedação, 111 sem sedação (78,7%). Todos os doentes sem sedação tinham efectuado anteriormente uma EDA transoral. Aparelhos: Fujinon EG-530N (n = 139), Olympus XP 180N (n = 2).

Resultados: Dificuldade de inserção por via nasal: Inserção directa na primeira narina 119 (84,4%); Na outra narina 18 (12,8%); Não conseguida (conversão para v oral) 4 (2,8%). Deste modo, Total de ETN 137 (97,1% da amostra). Traumatismo nasal: hemorragia 3 (2,1%); ligeiro, sem hemorragia 23 (16,7%); sem lesão traumática 111 (81%). Preferencia do doente (em 111 casos): via oral 23 (20,7%); ETN 88 (79,3%). Detecção de patologia do foro ORL: 17 (12,1%), em 16 relacionada com doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE).

Conclusões: 1) A ETN é uma opção válida na endoscopia alta de rotina. 2) A ETN é útil na avaliação global da DRGE. 3) O aparelho

ultra-fino utilizado poderá ter rentabilização do aparelho para outras finalidades.

72. PREPARAÇÃO INTESTINAL: NA PROCURA DA PREPARAÇÃO IDEAL

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

Hospital Espírito Santo, Évora.

Objectivo: A má qualidade da preparação intestinal permanece como uma das grandes dificuldades da colonoscopia. Uma preparação inadequada pode ser dispendiosa em termos do tempo necessário para o procedimento, da necessidade de repetição do exame e do maior nº de lesões perdidas. Compararam-se 4 preparações intestinais com o objetivo de avaliar adesão, tolerabilidade e eficácia.

Métodos: Análise prospetiva em doentes submetidos a colonoscopia, em regime de ambulatório, entre Janeiro e Dezembro de 2011. A eficácia foi avaliada pela escala de preparação intestinal de Ottawa. Aplicada a cada segmento do cólon, abordando a quantidade de líquido de uma forma global para todo o cólon. A pontuação é calculada pela soma das classificações de 0 (sem resíduos fecais) a 4 (fezes sólidas) para cada segmento e de 0 (pouco) a 2 (muito) para a quantidade de líquido, gerando um resultado de 0 (excelente) a 14 (inadequada). Preparações com ≥ 8 pontos foram consideradas insatisfatórias.

Resultados: Incluíram-se 685 doentes (51,8% sexo masculino; idade média 63,8 anos). A indicação mais frequente foi hemorragia digestiva (21,8%). 209 doentes efectuaram Klean-Prep®, 207 CitraFleet®, 178 Endofalk® e 91 PicoPrep® 7,2% não efectuou toma completa da preparação (57,1% Klean-Prep®; $p < 0,05$). Progressão incompleta em 5% por má preparação (35,3% CitraFleet®; $p > 0,05$), 26,5% não efectuou toma completa. 35,9% revelaram mau sabor (46,3% Klean-Prep®; $p \leq 0,05$). 22,5% apresentaram náuseas (38,3% Klean-Prep®; $p < 0,05$). 8,5% apresentaram vômitos (36,2% Klean-Prep®; $p > 0,05$). 42,5% apresentaram desconforto abdominal (30,2% Klean-Prep®; $p > 0,05$). 11,7% apresentaram preparações insatisfatórias (40% CitraFleet® e 35% Klean-Prep®; $p < 0,05$). A pontuação total média na escala de Ottawa para o Endofalk®, PicoPrep®, CitraFleet® e Klean-Prep® foi $4,0 \pm 2,61$; $4,25 \pm 2,38$; $4,37 \pm 2,96$; $4,74 \pm 2,94$. Observou-se apenas diferença estatística quando se comparou o Klean-Prep® vs Endofalk® ($p \leq 0,01$). Quantidade de líquido pontuado de 1 a 2 ocorreu em 40,3% (33,3% Klean-Prep®; $p > 0,05$).

Conclusões: Registou-se num número considerável de doentes toma incompleta, progressão incompleta por má preparação e sintomatologia gastrointestinal. O Klean-Prep® associou-se com significado estatístico à toma incompleta da preparação, ao mau sabor e à presença de náuseas, apresentando menor tolerabilidade. O Endofalk® foi a preparação mais eficaz.

73. ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL: EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS

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

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Objectivo: Estudo descritivo da experiência em ecoendoscopia radial (EE); 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 48 meses iniciais das ecoendoscopias efectuadas (Abril/08-Março/12). Equipamento:

ecoendoscópio radial Olympus GF-UE160-AL5 e ecógrafo ALOKA alfa-10. Os exames ecoendoscópicos baixos (EEB) compreenderam, frequentemente, a realização adicional de ecografia endoanal com sonda rígida radial ALOKA ASU-67, para melhor avaliação do canal anal. Os exames ecoendoscópicos altos (EEA) foram realizados sob sedoanalgesia.

Resultados: Realizaram-se 804 EE, das quais 569 (70,8%) foram EEA e 235 (29,2%) EEB. População estudada: 378 (47,0%) homens e 426 (53,0%) mulheres; idade média: 58,4 ± 13,9 anos. Principais indicações das EEA: avaliação de lesões subepiteliais/compressões extrínsecas- 455 (80,0%); estadiamento de neoplasia esofágica- 48 (8,4%), gástrica- 16 (2,8%) e duodenal/ampuloma- 3 (0,5%); caracterização de lesão pancreática- 26 (4,6%); outras- 21 (3,7%). Principais indicações das EEB: estadiamento de neoplasia do recto- 133 (56,6%) e canal anal- 10 (4,3%); avaliação de processo supurativo/fistuloso- 56 (23,8%); avaliação de lesão subepitelial/compressão extrínseca- 15 (6,4%); incontinência- 12 (5,1%); outras- 9 (3,8%). Não se registaram complicações. Em 24 (3,0%) dos 804 exames foi sugerida ressecção endoscópica, e em 22 (2,7%) cirúrgica da lesão. Em 3 (0,3%) doentes foi indicada cistogastrostomia. Em 47 casos (5,8%) os achados diagnósticos tiveram indicação para punção aspirativa com agulha fina.

Conclusões: Nos 48 meses 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, enquanto as EEB consistiram maioritariamente no estadiamento de neoplasias. Em 94,2% dos doentes, a ecoendoscopia radial foi suficiente para a orientação diagnóstica e/ou terapêutica, justificando assim, na nossa opinião, a sua crescente implementação em alguns Serviços de Gastreenterologia.

74. SISTEMA DE ILUMINAÇÃO NARROW BAND IMAGING PARA CÁPSULAS ENDOSCÓPICAS

C.G. Costa, M.F. Silva, J.H. Correia

Universidade do Minho.

Este artigo apresenta um estudo para implementação da função *Narrow Band Imaging* (NBI) em cápsulas endoscópicas (CE). Este sistema acrescenta uma enorme vantagem clínica à CE, permitindo otimizar o diagnóstico de várias complicações no trato gastrointestinal (GI) entre as quais: doenças inflamatórias da mucosa GI, esôfago de Barrett, cancro colo-rectal e caracterização de pólipos em tempo real, sem recorrer a biópsia. O NBI, já largamente aplicado à endoscopia convencional, permite destacar os micro-vasos da mucosa e identificar alterações vasculares indicativas de condições patológicas. A iluminação dos tecidos em bandas de comprimento de onda específicos, tipicamente em torno dos 415 nm (azul) e 540 nm (verde) aumenta o contraste entre a superfície epitelial e o padrão vascular subjacente. Aplicando o espectro azul obtêm-se imagens dos capilares superficiais, enquanto o espectro verde realça os vasos sub-epiteliais. A tecnologia proposta consiste em desenvolver um sistema NBI aplicável à CE utilizando os mesmos LEDs (*Light Emitting Diodes*) como fontes de luz e recorrendo a filtros óticos, de forma a obter iluminação na banda espectral desejada. Estes filtros são construídos através de técnicas de microfabricação de filmes finos de materiais dielétricos, o dióxido de titânio (TiO₂) e o dióxido de silício (SiO₂) de forma a construir filtros de *Fabry Perot*, constituídos por dois espelhos paralelos (multicamada para cada espelho) separados por uma cavidade de ressonância. A espessura da cavidade de ressonância controla o comprimento de onda transmitido para as bandas espectrais desejadas no NBI. A incorporação desta funcionalidade na CE torna a sua aplicação ainda mais atrativa, permitindo a realização de diagnósticos mais precisos.

Este trabalho é suportado pela ADI com a referência NFCE - FCOMP-01-0202-FEDER-005358.

75. LESÕES SUBEPITELIAIS DO TUBO DIGESTIVO: UMA SÉRIE DE 454 CASOS

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

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 48 meses (Abril/08 a Março/12) 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 804 EER, em 454 (56,5%) foram diagnosticadas LS, representando 441 (77,5%) das 569 EER-A e 13 (5,5%) das 151 EER-B efectuadas. População: 279 (61,5%) mulheres, 175 (38,5%) homens; idade média- 56,8 ± 11,9 anos. Principais indicações para EER: suspeita de LS em exame endoscópico- 271 (59,7%); seguimento de LS- 177 (39,0%); suspeita de LS em TC/RMN- 6 (1,3%); Localização da LS: esôfago- 133 (29,3%); estômago- 255 (56,2%); duodeno- 53 (11,7%); sigmóide/recto- 13 (2,8%). Tamanho médio da LS: 11,2 ± 6,6mm. Diagnósticos ecoendoscópicos "prováveis" mais prevalentes: no esôfago: leiomioma- 95 (71,4%) e lesão incaracterística- 12 (9,0%); no estômago: tumor do estroma- 110 (43,1%), pâncreas ectópico- 52 (20,4%) e lipoma- 39 (15,3%); no duodeno: tumor do estroma- 16 (30,2%), lipoma- 15 (28,3%) e lesão incaracterística - 6 (11,3%); no sigmóide/recto: endometriose- 5 (38,5%) tumor do estroma- 2 (15,4%) e carcinóide- 2 (15,4%). Orientação diagnóstica e/ou terapêutica do doente: PAAF - 36 (8,0%); ressecção endoscópica - 20 (4,4%); ressecção cirúrgica- 21 (4,6%); vigilância ecoendoscópica- 218 (48,0%); nenhuma- 159 (35,0%).

Conclusões: Verificámos um predomínio dos indivíduos do sexo feminino. As LS localizaram-se mais frequentemente no estômago (56,2%), seguidas pelo esôfago (29,3%). Em 8,0% foi proposta PAAF, principalmente em lesões de características inespecíficas e tumores do estroma gástricos. Em 9,0% foi sugerida a ressecção da LS, quer endoscopicamente (LS pequenas, limitadas à submucosa), quer cirurgicamente (tumores do estroma gástricos e focos de endometriose).

76. ECOENDOSCOPIA EM 2011: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

P. Figueiredo, P. Pinto-Marques, N. Veloso, A. Nunes, M.J. Brito, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Introdução e objectivo: Desde o seu desenvolvimento inicial em 1980, o papel e as indicações da ecoendoscopia (EUS) têm sido expandidos, levando a sua actual popularidade. A punção aspirativa com agulha fina (FNA) fornece alguns dos dados mais relevantes obtidos por ecoendoscopia. Como em qualquer procedimento, a competência requer experiência, pelo que descrevemos a casuística 3 anos após a sua introdução na nossa instituição.

Métodos: Pesquisaram-se dados clínicos, ecoendoscópicos e laboratoriais dos exames realizados em 2011 na nossa instituição. Avaliaram-se indicações e qualidade da referenciação para a

realização de EUS; origem do doente; recurso a anestesia; recurso a FNA, número de alvos puncionados, agulhas utilizadas e resultados da FNA (inconclusiva, suspeita, diagnóstica).

Resultados: Analisaram-se dados de 499 exames, realizados em 476 doentes (263 homens, 213 mulheres; idade $64,3 \pm 13,7$ anos), sendo 46,5% provenientes de outra instituição. A qualidade da referenciação foi deficiente em 17,5% dos casos. Em 23,4% dos exames existiu apoio anestésico, em 68,3% foi realizada sedação por gastroenterologista e em 8,3% não foi realizada sedação. As indicações para EUS foram: patologia oncológica em 51,3% dos casos (Pâncreas - 16,8%, Estômago - 15,2%, Recto - 7,3%, Outros - 12%), lesão subepitelial em 12,3%, patologia biliar em 12,3%, pancreatite em 5%, quisto pancreático em 6,1%, patologia mediastínica em 3,6%, estudo pré-polipectomia em 1,8%, e outros em 7,6%. Em 32,7% dos exames realizou-se FNA. Foi puncionado mais do que um alvo em 17,3% destes. As agulhas utilizadas foram: 19 gauge em 9,2% dos casos, 19 gauge trucut em 3,5%, 22 gauge em 51,2%, 22 gauge ProCore em 7%, e 25 gauge em 29,1%. O estudo laboratorial das 174 FNA foi conclusivo em 75,3% dos casos, suspeito em 14,4% e inconclusivo em 10,3%.

Conclusões: Na nossa instituição a EUS é realizada maioritariamente sem apoio anestésico para avaliação de neoplasias, sobretudo de origem pancreática, registando-se elevada taxa diagnóstica por FNA.

77. ENDOSCOPIA URGENTE NA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA: AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DE 1 ANO

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

Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE.

Objectivo: Análise descritiva da endoscopia digestiva baixa (EDB) na urgência em contexto de hemorragia digestiva baixa.

Métodos: Análise retrospectiva das EDB realizadas entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2010. Foram avaliados: sexo e idade dos doentes, motivo, tipo de preparação, tempo até realização, diagnóstico/terapêutica, eficácia e extensão do exame.

Resultados: Foram realizadas 3.218 EDB, 294 (9,14%) em contexto de urgência e destas 195 (66,3%) motivadas por hemorragia digestiva baixa. Os exames foram realizados entre 1-24 horas após pedido de colaboração da Gastroenterologia, a maioria (66,7%, $n = 130$) em menos de 4 horas. A preparação intestinal consistiu em enemas de limpeza (83%) ou preparação oral com polietilenoglicol (17%), dependendo da situação e opção do gastroenterologista. Os doentes (109 mulheres e 86 homens) apresentavam uma média de idades de 69,9 anos (16-95). Foram considerados eficazes 167 (85,6%) dos exames. Em 12,8%, o exame foi ineficaz por falência diagnóstica/terapêutica sobretudo devido a má preparação intestinal, e 12,3% ($n = 24$) foram submetidos a novo exame. As principais indicações foram: em 165 doentes (84,6%) hematoquézia e em 30 (15,4%) diarreia sanguinolenta. Principais etiologias: colite isquémica (21,54%), patologia do canal anal (16,92%), neoplasia colo-rectal (9,23%), doença diverticular (7,69%), colite infecciosa (7,18%) e úlceras do colon/recto (6,15%). Foi realizada terapêutica endoscópica em 38 (23%) dos exames realizados por hematoquézia (diagnósticos mais frequentes: 11 úlceras do colon/recto, 7 hemorragias por escara, 4 angiodisplasias e 4 pólipos), verificando-se recidiva hemorrágica em 4 destes. Foi necessário aporte transfusional em apenas 36 doentes com hematoquezia (média de 3,1 unidades de glóbulos vermelhos). Foram internados 65,2% ($n = 116$) dos doentes, com um tempo de internamento médio de 4,5 dias (1-19). Dezassete doentes encontravam-se já internados.

Conclusões: A colonoscopia tem um papel relevante no diagnóstico e terapêutica em contexto de urgência, em particular nas situações de hemorragia digestiva baixa.

78. AINE E COXIB: “À LUZ” DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

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

Hospital Espírito Santo, Évora.

Objectivo: Os anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e os inibidores selectivos da COX-2 (COXIB) são fármacos de utilização clínica frequente, existindo poucos ensaios relativos à frequência/magnitude das suas complicações gastrointestinais. Avaliou-se sintomatologia, frequência e tipo de lesões gastro-duodenais, incidência de hemorragia digestiva alta (HDA) e avaliação dos critérios para profilaxia.

Métodos: Análise retrospectiva de relatório e ficha de inquérito pré-endoscopia, dos doentes submetidos a EDA em 2010, a efectuar AINE/COXIB.

Resultados: Incluíram-se 109 doentes (89 mulheres), idade média 62,7 anos, em 1.682 EDA (6,5%). 51,4% referenciado pelo Centro Saúde e 11,9% pelo S.U. 46,8% apresentavam factores de risco de complicações associadas aos AINE (86,3% > 65 anos; 13,7% história prévia de úlcera péptica não hemorrágica). 67,9% apresentavam sintomas, sendo a epigastria o mais frequente (38,5%). Hematemese/melenas presente em 15 doentes (13,8%), motivando o internamento em 11 casos. A incidência anual de HDA associada a AINE/COXIB foi de 8,8/100.000 habitantes (distrito Évora: 170.535 habitantes). 76,1% tomavam AINE e 23,9% COXIB. 46,8% efectuava IBP. A percentagem de doentes com critérios (idade > 65 anos e úlcera péptica não hemorrágica) que efectuava IBP foi 68,6%, verificando-se associação estatisticamente significativa entre toma de IBP e presença de critérios ($p < 0,05$). Nos doentes do S.U. nenhum efectuava IBP (critérios em 61,5%). A EDA mostrou alterações em 70,6% (gastropatia erosiva 31,2%; esofagite erosiva 22%; úlcera gástrica 16,9%; úlcera duodenal 13%). 18,2% apresentavam lesões com estigmas de hemorragia, realizado hemostase endoscópica em 50%. Não se verificou associação entre os achados endoscópicos e o tipo de anti-inflamatório/toma de IBP ($p > 0,05$).

Conclusões: A frequência dos achados endoscópicos e de factores de risco estão presentes num número significativo de doentes. A incidência de HDA é inferior a outras séries. Os doentes com factores de risco provenientes do ambulatório na generalidade efectuam IBP, contudo nenhum doente do S.U. tomava IBP (a maioria com critério). A profilaxia tem papel primordial na redução das lesões gastro-duodenais.

Fígado

79. MORTALIDADE EM INTERNAMENTOS POR ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

A. Albuquerque, H. Cardoso, S. Rodrigues, F. Vilas-Boas, F. Ferreira, M. Marques, G. Macedo

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução: A encefalopatia hepática portossistémica (EHPS) é uma complicação possível da cirrose hepática, motivando vários internamentos e associada a um mau prognóstico.

Objectivo: Avaliar os factores associados a uma maior mortalidade em internamentos por EHPS.

Métodos: Estudo retrospectivo com análise de 441 episódios de EHPS, que motivaram internamento no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011.

Resultados: A maioria dos doentes eram do género masculino (74%), com uma média de idades de 61 anos, o álcool foi a principal etiologia da cirrose (61%) e em 56% dos casos, os doentes pertenciam à classe C na classificação Child-Turcotte-Pugh (CTP). À data de internamento, em 61% dos episódios os doentes estavam medicados com diuréticos, 46% faziam lactulose e 5% rifaximina. Em 2% dos casos, os doentes tinham TIPS. O principal factor precipitante identificado foi a infecção (34%) e a terapêutica diurética (32%). Em 66% dos episódios, os doentes tinham uma EHPS grau II e a duração média de internamento foi de 7 dias. Vinte por cento dos episódios resultaram em óbito hospitalar. A mortalidade durante o internamento esteve associada a um score de MELD, MELD-Na e CTP mais elevados ($p < 0,001$), internamentos mais prolongados ($p = 0,03$), valor de potássio sérico mais elevado ($p = 0,03$), valores de sódio sérico e taxa de filtração glomerular mais baixos (respectivamente $p = 0,005$ e $p = 0,014$). Um grau mais elevado de EHPS esteve associado a uma maior mortalidade ($p < 0,001$), com óbito em 74% dos episódios de doentes admitidos com grau IV. Doentes com hemorragia digestiva alta ($p < 0,001$) ou infecção ($p = 0,029$) tiveram pior prognóstico comparativamente aos que a terapêutica diurética foi o factor precipitante, que tiveram uma mortalidade mais baixa ($p = 0,001$).

Conclusões: Doentes admitidos por EHPS com score MELD ou MELD-Na mais elevados, Child C, EHPS grau IV, com hemorragia digestiva alta ou infecção, internamentos mais prolongados, valores de sódio sérico e taxa de filtração glomerular mais baixos ou potássio sérico mais elevado têm maior mortalidade em internamentos hospitalares.

80. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR HIPERTENSÃO PORTAL - IMPACTO NA SOBREVIVÊNCIA E FATORES PREDITIVOS EM DOENTES COM CIRROSE

S. Rodrigues, H. Cardoso, A. Albuquerque, F. Ferreira, M. Marques, F. Vilas-Boas, G. Macedo

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

Introdução: A mortalidade permanece elevada nos doentes com cirrose internados por hemorragia digestiva por varizes, sendo essencial determinar na abordagem destes doentes os factores que influenciem a sua sobrevida.

Objectivo: Determinar factores predictivos de recidiva hemorrágica, sobrevivência e mortalidade em doentes cirróticos após hemorragia digestiva alta por hipertensão portal.

Métodos: Foram avaliados, de forma retrospectiva, 170 doentes cirróticos internados com hemorragia digestiva por varizes seguidos na nossa instituição. Procurou-se identificar factores predictivos para mortalidade, analisando: o grau de insuficiência hepática, a gravidade da hemorragia, parâmetros endoscópicos, distúrbios de coagulação e etiologia da cirrose.

Resultados: Predominam os doentes do sexo masculino (82%), com idade média de 57 ± 13 anos. A sobrevivência média global foi de 118 ± 11 semanas. Os doentes falecidos tinham idade média superior ($p = 0,031$), maior necessidade transfusional ($p = 0,003$), bilirrubina mais elevada ($p < 0,001$), níveis inferiores de albumina ($p < 0,001$), INR mais elevado ($p < 0,001$), MELD/MELD-Na elevado ($p < 0,001$), TFG inferior ($p = 0,001$) e AST mais elevada ($p = 0,003$). Nos doentes que não faleceram, os factores predictivos de internamento mais prolongado: classificação de Child-Pugh ($p = 0,009$) e seus componentes, infecção ($p = 0,01$), síndrome hepato-renal (SHR) ($p = 0,001$) e utilização de somatostatina vs terlipressina ($p = 0,026$). Factores predictivos de menor sobrevivência: presença de ascite ($p < 0,001$), encefalopatia ($p < 0,001$), Child-Pugh B e C ($p < 0,001$), recurso à sonda de Blakemore ($p = 0,003$), ocorrência de infecção ($p = 0,009$) e SHR ($p < 0,001$). Entre os factores de risco para recidiva hemorrágica incluem-se: hipotensão na

admissão ($p = 0,003$) e a ausência de beta-bloqueador à data de alta ($p = 0,003$). Factores predictivos de maior sobrevivência: colocação de TIPS ($p = 0,013$) e manutenção em programa de erradicação de varizes após alta ($p = 0,003$).

Conclusões: Os factores predictivos de mortalidade mais significativos após hemorragia por varizes são: a infecção, ascite, encefalopatia, valores de Child e MELD/MELD-Na mais elevados. A utilização de terlipressina foi mais eficaz que a somatostatina na redução do tempo de internamento.

81. DOENÇA DE WILSON: INDICAÇÕES PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO E RESULTADOS

M. Nuno Costa, A. Morbey, J. Saiote, D. Carvalho, J. Esteves, A. David Marques, R. Cavaco, N. Germano, L. Bento, H. Pinto Marques, E. Barroso

Serviço de Gastrenterologia e Unidade de Urgência Médica, Centro Hospitalar de Lisboa Central. Centro Hepato-Bilio-Pancreático, Hospital Curry Cabral.

Introdução: A doença de Wilson (DW) é um distúrbio hereditário relacionado com uma diminuição da excreção biliar de cobre, levando à sua acumulação no fígado e cérebro. O transplante hepático (TH) é frequentemente necessário na presença de insuficiência hepática aguda (IHA) ou de doença hepática em estágio terminal (DHET).

Objectivo: Avaliar a experiência em TH no contexto de DW de um centro de referência em transplantação.

Métodos: Entre Março de 1995 e Fevereiro de 2012 foram efectuados no nosso Centro 1313 transplantes em 1140 doentes. Para este estudo apenas foram considerados os doentes com DW. Avaliaram-se as suas características demográficas, clínicas e histológicas, complicações clínicas e sobrevida pós-transplante. A sobrevida global foi calculada através do método de Kaplan-Meier.

Resultados: Efectuaram-se 15 TH em 12 doentes com DW (5 mulheres, 7 homens), com uma média de idades de 26,6 anos (15-34 anos). Os motivos para TH foram a DHET (7 casos) e a IHA (5 casos). Registaram-se 3 TH por rejeição. Nos casos de IHA, o diagnóstico de DW baseou-se na biópsia hepática (1 doente), na histologia do fígado transplantado (3 doentes) e em alterações laboratoriais (1 doente). Seis dos 7 doentes com cirrose hepática tinham efectuado terapêutica prévia com penicilamina, trientina ou ácido de zinco, em dois deles interrompida precocemente. Dois doentes faleceram no pós-TH imediato (aos 21 e 59 dias) devido a insuficiência renal aguda e infecção por citomegalovírus. Um outro doente foi re-transplantado 3 vezes. Não houve mortalidade tardia. A sobrevida global pós-transplante foi de 83,3% aos 5 e 10 anos.

Conclusões: A DW pode ter como manifestação inaugural a IHA. Nos doentes com cirrose hepática, a descompensação pode ser precipitada pela interrupção terapêutica. A DW é uma indicação rara para transplante, fundamental em formas graves da doença, permitindo uma boa sobrevivência a longo prazo.

82. QUAL O VALOR DA ALFA-FETOPROTEÍNA NO DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR?

A. Fernandes¹, J. Carneiro¹, M.J. Pereira¹, S. Giestas¹, P. Henriques², R. Ferreira¹, M. Ferreira¹, S. Mendes¹, Z. Romão¹, C. Agostinho¹, R. Mesquita¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Alfa-Fetoproteína (AFP) é um marcador tumoral tradicionalmente utilizado no rastreio e diagnóstico do carcinoma

hepatocelular (CHC). No entanto, apresenta baixa sensibilidade e especificidade, pelo que a sua utilização é controversa.

Objectivo: Avaliar o contributo da AFP no diagnóstico do CHC em doentes cirróticos submetidos a rastreio semestral com ecografia abdominal e doseamento de AFP.

Métodos: Foram incluídos, retrospectivamente, 62 doentes (Grupo A) com diagnóstico de CHC estabelecido por imagiologia, com ou sem biópsia, entre 2003 e 2011 (sexo masculino-55 doentes; média etária-69,5 ± 10,6 anos). Principais etiologias da cirrose: álcool-74,2%; vírus-12,8%; NASH-8,1%. Classificação de Child-Pugh: A-33,9%; B-48,4%; C-17,7%). O número mediano de nódulos era de 1 (1 a 10) e o tamanho médio do nódulo de maiores dimensões era de 6,8 ± 4,9 cm. Todos os nódulos foram detetados nas ecografias de rastreio à exceção de 1 doente (nódulo detetado na RM, solicitada por valor elevado de AFP). Como grupo controlo (Grupo B) foram incluídos os doentes cirróticos sem CHC, submetidos a rastreio no ano de 2011, com confirmação imagiológica da ausência de nódulos hepáticos (101 doentes; sexo masculino-78; média etária-60,8 ± 12,7 anos; Etiologias: álcool-70,3%; Vírus-20,9%; Cirrose Biliar Primária-5%; Classificação Child-Pugh: A-78,2%; B-16,8%; C-5%). Procedeu-se à comparação dos níveis de AFP registados para os 2 grupos (valor no momento do diagnóstico para o GRUPO A). Estudo estatístico efetuado com SPSS v17.0.

Resultados: Os níveis medianos de AFP (UI/ml) foram, respetivamente, de 61,6 (1,1-227.300) para o Grupo A e 3,2 (0,7-86,6) para o Grupo B ($p = 0,045$).

Conclusões: Estes resultados sugerem que a AFP poderá contribuir para detetar CHC nos doentes com cirrose hepática; contudo, nesta série, o seu contributo só superou o da ecografia em 1 doente, pelo que a sua relação custo-benefício será questionável.

83. CARCINOMA HEPATOCELULAR: O AVANÇO NA SOBREVIVÊNCIA COM AS NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

M. Marques, H. Cardoso, A.M. Vale, P. Pereira, J.A. Sarmento, S. Lopes, S. Rodrigues, A. Albuquerque, F. Vilas Boas, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia, Hospital São João, Porto.

Introdução: Carcinoma hepatocelular (CHC) é das neoplasias mais comuns: Actualmente é, em termos mundiais, a 6ª neoplasia mais frequente e a 3ª causa de morte relacionada com cancro.

Objectivo: Avaliar a sobrevivência dos CHC tratados com o algoritmo terapêutico actual.

Métodos: Estudo retrospectivo que envolveu todos os doentes da consulta de Hepatologia com CHC, tratados desde 2008.

Resultados: foram incluídos 82 doentes, 88% do género masculino. Em 58,5% a etiologia foi vírica, a maioria VHC, e em 23,4% foi etílica. A maioria dos doentes envolvidos tinha sinais clínicos de cirrose e 48,9% estavam em programa regular de vigilância para CHC. Trinta e sete doentes eram Child-Pugh (CP) A, 39% CP B e 16% CP C. Relativamente ao estadio BCLC para o CHC: 36% A, 26% B, 22% C e 16% D. Apenas 16 doentes tiveram diagnóstico confirmado histologicamente. Dos doentes incluídos, 65 fizeram tratamento dirigido: 34 doentes com sorafenib, 24 com TACE, 13 doentes submetidos a hepatectomia, 9 com radiofrequência e 2 realizaram transplante hepático. Quarenta e dois doentes mantêm seguimento em consulta, os restantes faleceram. A sobrevivência média global foi de 872 ± 112 dias. Os doentes com complicações da cirrose tiveram menor sobrevivência ($p = 0,006$). A complicação com maior impacto na sobrevivência foi a ascite ($p = 0,004$). A sobrevivência nas diferentes classes de CP foram estatisticamente diferentes entre si ($p = 0,002$), bem como nos diferentes estadios de BCLC ($p < 0,001$). Os doentes tratados têm maior sobrevivência ($p = 0,001$), verificando-se o benefício significativo para todas as modalidades, excepto para o sorafenib.

Conclusões: Cerca de 80% dos doentes com CHC são actualmente submetidos a tratamento eficaz, com aumento da sobrevivência em todas as modalidades.

84. CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA: NÍVEL DE IGM COMO MARCADOR DE RESPOSTA BIOQUÍMICA AO ÁCIDO URSODESOXICÓLICO

D. Ferreira, J. Ferreira, R. Magalhães, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, A. Rodrigues, T. Moreira, J. Areias, R. Marcos-Pinto, I. Pedroto

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Porto, Hospital Geral de Santo António.

Objectivo: Caracterizar os doentes com diagnóstico de cirrose biliar primária (CBP) analisar retrospectivamente a evolução clínica e bioquímica dos mesmos. Avaliar os factores de resposta bioquímica ao Ácido ursodesoxicólico (AUDC).

Métodos: Variáveis analisadas: A) Histologia, B) Marcadores imunológicos, C) Títulos de IgM e IgG, D) Outras variáveis (sexo, idade de diagnóstico, bioquímica hepática na apresentação e score de Mayo). Foi analisada, retrospectivamente, a evolução clínica e analítica dos pacientes após introdução de Ácido Ursodesoxicólico (AUDC) e avaliados os factores de resposta bioquímica à terapêutica com AUDC.

Resultados: População analisada: 51 doentes com diagnóstico de CBP. Tempo médio de seguimento na consulta: 9,5 anos. A) Realizaram biópsia hepática 70,5% ($n = 36$) dos casos. Quanto aos achados histológicos: 13,9% ($n = 5$) estadio I; 44,4% ($n = 16$) estadio II; 38,9% ($n = 14$) estadio III e 2,8% estadio IV. B) 84,3% ($n = 43$) são AMA +; 37,3% ($n = 19$) ANA+. Foram determinados os anticorpos GP210 e SP 100 em 11 (21,6%) dos doentes: 73% são SP100 + e 36% GP210+. C) 65,3% ($n = 32$) apresentavam IgM elevada na apresentação. Os títulos de IgM foram significativamente mais elevados nos doentes AMA + ($p = 0,002$). Após introdução de AUDC apenas 29% apresentaram normalização da FA e 25,4% da GGT. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre os títulos de IgM no diagnóstico e os valores actuais de bilirrubina ($p = 0,002$), FA ($p = 0,001$), GGT ($p = 0,001$) e score de Mayo ($p = 0,029$).

Conclusões: Os doentes AMA+ apresentam níveis de IgM significativamente mais elevados. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de IgM no diagnóstico e o valor actual de bilirrubina, FA e GGT. Coloca-se a hipótese que doentes com títulos de IgM mais elevados possam apresentar uma resposta bioquímica e eventualmente histológica menos satisfatória e pior prognóstico a longo prazo. Estudos prospectivos e multicêntricos podem ser importantes para clarificar esta questão.

85. A TROMBOSE DA VEIA PORTA EM DOENTES CIRRÓTICOS, ASSOCIA-SE A DOENÇA HEPÁTICA AVANÇADA E ELEVADA MORTALIDADE

C. Noronha Ferreira, T. Rodrigues, F. Ramalho, P. Alexandrino, J. Velosa

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

Introdução e objectivo: A trombose da veia porta (TVP) ocorre em 0,6 a 26% cirróticos. No entanto, há pouca informação sobre manifestações clínicas e efeito no prognóstico. O objectivo foi identificar as implicações clínicas de TVP em cirróticos sem carcinoma hepatocelular (CHC).

Métodos: Estudamos sequencialmente 49 cirróticos com TVP sem CHC. Analizamos a gravidade de cirrose, apresentação clínica, tipo

e extensão de TVP. Estudamos os factores associados à mortalidade no final de seguimento.

Resultados: Os 49 cirróticos com TVP tinham idade média de 57 ± 12 anos, sendo 33 (67%) homens. Etiologia de cirrose: Álcool-30(61%), álcool + vírus-8 (16%), vírus-4 (8%) e outros-7 (14%). A média de escore de CP era 8 ± 3 e de MELD 14 ± 7. Distribuição de acordo com classe de CP: A-13 (26%), B-22 (45%), C-14 (29%). Na altura de diagnóstico de TVP, 40 (82%) doentes tinham manifestações atribuíveis a hipertensão portal ou TVP. As principais manifestações clínicas foram hemorragia digestiva alta em 24 (49%) e dor abdominal em 14 (29%). Documentou-se TVP não cavernomatosa em 43 (88%) e cavernoma em 6 (12%). A TVP envolvia o tronco principal em 40 (80%), ramo direito em 27 (55%) e o tronco principal e ambos os ramos em 16 (33%). Verificou-se trombose concomitante da veia mesenterica superior em 12 (25%) e veia esplénica em 8 (16%). O tempo mediano de seguimento foi 11,8 (2,6-33,4) meses. A mortalidade no final do estudo foi 23 (47%). Cirróticos que faleceram durante o seguimento eram mais velhos (60,1 ± 12,2 vs 54,4 ± 11,9, p = 0,062) e tinham doença hepática mais avançada com escores de CP (10 ± 2 vs 7 ± 2, p < 0,001) e MELD (16 ± 7 vs 12 ± 6, p = 0,012). Não se identificaram outros factores associados à mortalidade. As infecções, principal causa de mortalidade, associaram-se a 14 (61%) óbitos.

Conclusões: A maioria dos doentes tinha cirrose avançada na altura do diagnóstico de TVP. Cirróticos com TVP que faleceram durante o seguimento padeciam de doença hepática significativamente mais avançada. O diagnóstico precoce e anticoagulação quando indicada poderá melhorar a sobrevida nestes doentes.

86. COLESTASE INTRA-HEPÁTICA: QUANDO A CAUSA É POUCO FREQUENTE

V. Romão, J. Tavares, S. Calretas, R.M. Santos, J.M. Nascimento Costa

Serviço de Medicina Interna (HUC), CHUC-EPE, Coimbra.

Introdução: As alterações hepáticas colestáticas podem associar-se a uma diversidade de etiologias. O diagnóstico pode tornar-se difícil, sendo a histologia decisiva. Apresentam-se 2 casos referenciados à consulta por alteração das provas hepáticas.

Casos clínicos: A) Mulher, 38 anos, com elevação da AST 2xLSN (limite superior do normal), ALT 1,6xLSN, fosfatase alcalina (FA) 3xLSN e GGT 13xLSN. Referia dor no hipocôndrio direito e prurido generalizado esporádicos. Consumidora de chás, medicada com contraceptivo oral desde há 20 anos. Exame objectivo normal. Excluídas causas metabólicas e infecciosas. Identificado ligeiro aumento da IgM, ANA's +++ e Ac anti-mitochondriais negativos. Ecografia abdominal normal. A biópsia hepática (BH) revelou actividade inflamatória ligeira e lesões do epitélio ductal. B) Mulher, 53 anos, com AST 2,5xLSN, ALT 3xLSN, FA 1,8xLSN, GGT 3,7xLSN, bilirrubina total 5,1 (directa 3,4) mg/dl. Queixas de prurido e sintomas constitucionais desde há 2 meses, icterícia, e posteriormente colúria e acolia. História de toma de naproxeno até há 2 meses. Antecedentes de patologia osteoarticular degenerativa, tiroidite auto-imune com hipotiroidismo e dislipidémia. Ao exame objectivo, IMC 36 Kg/m² e escleróticas subictéricas. Um mês depois, verificou-se redução para cerca de 1/3 da ALT e normalização da restante bioquímica hepática. Apresentava ligeiro aumento de IgM e ANA's +++. A ecografia mostrava vesícula multilobulada. Cinco meses depois, as aminotransferases e FA voltaram a aumentar progressivamente, atingindo valores de AST 16xLSN, ALT 11xLSN, GGT 10xLSN e FA 2xLSN, sem hiperbilirrubinémia. A BH revelou hepatite colestática com lesão ductal, sem sinais de colangiopatia obstrutiva, sugerindo colestase intra-hepática e esteatose macrovesicular < 5%. Nos dois casos, face aos resultados estabeleceu-

se o diagnóstico de colangiopatia auto-imune. Ambas iniciaram ácido ursodesoxicólico.

Conclusões: Com estes casos pretende-se chamar a atenção para uma entidade nosológica pouco frequente, de difícil caracterização e a necessitar de critérios de diagnóstico mais precisos e esclarecedores, bem como condutas terapêuticas mais claras.

87. PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA (PBE): UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

P. Salgueiro, M. Magalhães, R. Magalhães, R. Pimentel, P. Lago, J. Ferreira, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: A PBE é uma complicação frequente na cirrose hepática. Tem apresentação clínica muito variável, podendo mesmo ser diagnosticada em doentes assintomáticos. A instituição precoce de antibiótoterapia tem influência no prognóstico e deverá ter em conta as resistências bacterianas locais.

Objectivo, métodos: Análise das características dos doentes internados entre 2008 e 2011 com o diagnóstico de PBE, em contexto de cirrose hepática, relativamente a: 1) apresentação clínica, 2) antibiótoterapia utilizada e isolamento de agente, 3) complicações e mortalidade intrainternamento, 4) taxa de recorrência, 5) taxas de sobrevida aos 6 e 12 meses.

Resultados: 60 internamentos (55 doentes) com idade média de 59 anos (± 3,5). As etiologias mais frequentes de cirrose hepática foram o consumo de álcool e VHC (75%). 1) Apresentação clínica: Encefalopatia 50%; Febre 40%; Dor abdominal 27%; Assintomáticos 8%. 2) A cefotaxima foi o antibiótico mais utilizado: 97%. Houve isolamento bacteriológico em 19 doentes (em apenas 1 caso, o microrganismo isolado era resistente à cefotaxima). Agentes isolados: Streptococcus viridans 32%; Escherichia coli 32%; Klebsiella pneumoniae 16%; Streptococcus agalactiae 10%; Proteus mirabilis 5%; Staphylococcus aureus 5%. 3) Choque séptico e hemorragia digestiva foram as complicações mais frequentes, 7 e 5 casos, respetivamente. Mortalidade intrainternamento: 25%. 4) Taxa de recorrência (durante o primeiro ano): 8%. 5) Taxas de sobrevida aos 6 e 12 meses: 45% e 28%.

Conclusões: A elevada sensibilidade à cefotaxima confirma que esta deverá ser a antibiótoterapia de primeira linha. A mortalidade intrainternamento bem como as taxas de sobrevida aos 6 e 12 meses são concordantes com a literatura publicada. A taxa de recorrência encontrada foi bastante mais baixa do que em outras séries publicadas (40 a 70%/ano), o que pode relacionar-se com a prescrição de antibiótoterapia profilática a todos os doentes que tiveram alta.

88. CORRELAÇÃO ENTRE MORTALIDADE AOS 3 MESES E SCORES DE GRAVIDADE NA HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA

J. Santos-Antunes, E. Rodrigues-Pinto, F. Vilas-Boas, S. Rodrigues, A. Albuquerque, F. Ferreira, M. Marques, H. Cardoso, G. Macedo

Centro Hospitalar de S. João.

Introdução: A hepatite alcoólica aguda (HAA) pode ter uma apresentação clínica muito semelhante à cirrose descompensada, sendo por isso difícil o seu diagnóstico e tem uma mortalidade elevada. Modelos de score como a função discriminante de Maddrey (FDM), modelo para doença hepática terminal (MELD), score de Glasgow de hepatite alcoólica (GAH) e modelo de Lille (ML) são úteis na avaliação prognóstica de doentes com HAA. Objectivo: Avaliar a capacidade de predição dos diversos scores em relação à mortalidade aos 3 meses.

Métodos: Estudo transversal dos doentes com HAA. Foram avaliados a FDM, o MELD, GAH e o ML.

Resultados: Foram incluídos 39 casos de HAA no estudo (26 do sexo masculino). A idade média no internamento foi de 45 anos (27-63). A taxa de mortalidade aos 3 meses foi de 23% (n = 9); 64% dos doentes (n = 25) não tinham co-factores para além do álcool, sendo a hepatite B o co-factor mais comum (10%) nos restantes. Em 14 doentes (36%) a função renal estava agudizada, sem diferenças significativas em relação ao outcome. Foi iniciada terapêutica com corticoide (por FDM > 32 e/ou por encefalopatia) em 15 doentes (38%) e em 2 em associação com pentoxifilina. Em 47% (n = 7) dos doentes que iniciaram terapêutica com corticoide observou-se resposta completa (SL < 0,16), sendo que 13% dos doentes foram não respondedores (SL > 0,56); o SL não teve significado estatístico na predição de outcome aos 3 meses (p = 0,253). Das variáveis analisadas, só o score de GAH (p = 0,004) e a leucocitose ($17,2 \times 10^9$ vs $8,6 \times 10^9$; p = 0,005) é que se encontram significativamente associados a um maior risco de morte aos 3 meses, sem diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis.

Conclusões: A mortalidade em doentes com HAA é elevada, sendo o score de GAH e a leucocitose os que apresentaram maior valor preditivo de mortalidade aos 3 meses neste série.

89. HEPATITE AGUDA COLESTÁTICA INDUZIDA PELA TALIDOMIDA: CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

F. Vilas-Boas¹, R. Gonçalves¹, M. Sobrinho-Simões², J. Lopes³, G. Macedo¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Hematologia; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: A talidomida, altamente teratogénica, foi inicialmente comercializada para tratamento do enjoo da gravidez e como agente sedativo. Nos últimos anos tem vindo a ser explorado o seu potencial no tratamento de várias condições nomeadamente o mieloma múltiplo (MM). Têm sido atribuídos vários efeitos adversos à utilização da talidomida contudo a hepatotoxicidade só raramente foi reportada.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um homem de 77 anos, com o diagnóstico de MM tratado com o esquema prednisolona, melfalano e talidomida (MPT). O doente desenvolveu hepatite aguda colestática 4 semanas após início da terapêutica. Foram excluídos hepatite vírica, consumo de bebidas alcoólicas ou consumo de outros medicamentos e produtos de ervanária. O estudo das doenças metabólicas e da auto-imunidade foi negativo. A biópsia hepática demonstrou hepatite colestática com lesões compatíveis com toxicidade. Após descontinuação da talidomida foi constatada normalização progressiva das provas hepáticas.

Discussão: O contexto clínico, a associação temporal entre o início da talidomida e o aparecimento das alterações das provas hepáticas, associadas à prova histológica de toxicidade, permitiram assumir o diagnóstico de hepatite colestática aguda induzida pela talidomida. Apresentamos ainda uma revisão da literatura sobre a hepatotoxicidade da talidomida, detalhando os 7 casos reportados até à data.

90. TAXAS DE RVS E RESISTÊNCIAS VIRAIS EM DOENTES TRATADOS COM TELAPREVIR+PEGIFN/RBV, POR ESTADIO DE FIBROSE HEPÁTICA

P. Marcellin¹, J. Sullivan⁶, M.W. Fried², T.L. Kieffer⁶, G.M. Dusheiko³, E.C. Martin⁶, D.R. Nelson⁴, A. Di Bisceglie⁵, C.I. Wright⁶, S. George⁶, L. Bengtsson⁶, D.J. Bartels⁶, G.T. Everson⁷, N. Adda⁶

¹University of Paris Clichy, France. ²University of North Carolina at Chapel Hill, USA. ³Royal Free and University College, UK.

⁴University of Florida, USA. ⁵Saint Louis University School of Medicine, USA. ⁶Vertex Pharmaceuticals Incorporated, USA.

⁷University of Colorado Denver, USA.

Introdução: Fibrose avançada e cirrose comprometem a resposta virológica ao peginterferão/ribavirina (PR) na hepatite C crónica (VHC). Estudos ADVANCE e ILLUMINATE (fase III) avaliaram a segurança e eficácia de telaprevir (T) com PR no tratamento de doentes VHC G1 naïve. Foi avaliado o efeito do estadio da fibrose hepática na resposta ao tratamento e na ocorrência de variantes resistentes (VARs) ao telaprevir.

Métodos: Comparação das taxas de resposta virológica com T12PR (ADVANCE (N = 903) / ILLUMINATE (N = 540) agrupados) e PR (ADVANCE apenas) entre doentes sem/mínima ou fibrose portal (F0-F2) e doentes com fibrose em ponte ou cirrose (F3-F4). Nos doentes sem resposta virológica sustentada (RVS), foi analisada por sequenciação populacional vírica a presença de VARs, de baixo ou elevado grau, segundo estadio da fibrose.

Resultados: A melhoria nas taxas de eRVR, EOT, RVS, recidiva, e falência virológica (FV) observada com T12PR vs PR não foi diferente entre os grupos F0-F2 e F3-F4 (tabela). Nos doentes sem RVS e com dados de sequenciação disponíveis (n = 223), a fracção de VARs foi semelhante independentemente do estadio de fibrose (baixo grau: F0-F2: 40%, F3-F4: 43%; grau elevado: F0-F2: 35%, F3-F4: 41%). Nos doentes com VARs detectáveis após FV e genotipagem (n = 152), o tempo para a perda de VARs também foi semelhante entre os estadios de fibrose (mediana: 9 meses, F0-F2; 10 meses, F3-F4).

Conclusões: A terapêutica baseada em telaprevir forneceu uma melhoria comparável nas taxas de RVS vs PR, independentemente do estadio de fibrose. As taxas de FV e recidiva foram superiores nos doentes com F3-F4. Nos doentes sem RVS, os perfis de resistência e o tempo para a perda de VARs foram semelhantes, independentemente do estadio da fibrose.

91. TERAPÊUTICA COM TELAPREVIR+PEGIFN/RBV GUIADA PELA RESPOSTA EM DOENTES COM VHC G1, COM RECIDIVA PRÉVIA A PEGIFN-ALFA E RIBAVIRINA

A.J. Muir¹, B. Adiwijaya², F. Poordad³, L. Gritz², L. Bengtsson², D. Luo⁴, G. Picchio⁴, R.S. Kauffman², N. Adda²

¹Duke Clinical Research Institute, EUA. ²Vertex Pharmaceuticals Incorporated, EUA. ³Cedars-Sinai Medical Center, EUA. ⁴Tibotec BVBA, Bélgica.

Objectivo: Os resultados dos estudos de Fase II (PROVE3 e 107) e Fase III (ADVANCE, ILLUMINATE, REALIZE) de telaprevir (T) revelaram que os doentes recidivantes ao tratamento prévio com peginterferão/

Tabela 90.

Estadio Fibrose	Tratamento	eRVR, %	EOT, %	RVS, %	Recidiva, %	FV, %
F0-F2	T12PR (N = 681)	65	88	76	6	6
PR (N = 288)	9	66	47	26	29	
F3-F4	T12PR (N = 222)	55	82	63	14	12
	PR (N = 73)	5	55	33	35	42

ribavirina (PR) apresentaram resposta durante o tratamento e taxa de resposta virológica sustentada (RVS) elevadas e comparáveis às taxas de RVS dos doentes naives.

Métodos: Análise post-hoc das taxas de RVS e recidiva em doentes recidivantes, de acordo com a duração do tratamento e níveis indetectáveis de ARN-VHC nas semanas 4 e 12 de tratamento (eRVR) e comparada com doentes naives. Adicionalmente, foi desenvolvido um modelo dinâmico viral para prever as taxas de RVS para diferentes durações de PR, em doentes naives e recidivantes.

Resultados: Características basais de doentes recidivantes com eRVR foram semelhantes às dos doentes naives. As respostas virológicas precoces (semanas 4 e 12) foram semelhantes entre os recidivantes no braço de tratamento T12PR48 e naives no grupo T12PR24. No estudo ILLUMINATE, as taxas de recidiva em naives com eRVR foram 6% (T12PR24) e 2% (T12PR48). No REALIZE, a taxa global de recidiva foi de 3% em recidivantes. No Estudo 107 e PROVE 3, as taxas de recidiva em recidivantes com eRVR foram 0% (0/24) e 7% (2/28), respectivamente (T12PR24). O modelo desenvolvido previu que as diferenças nas taxas de RVS entre os esquemas T12PR, com e sem terapêutica guiada pela resposta, eram semelhantes em naives e recidivantes (1-2%), consistente com os dados clínicos observados.

Conclusões: Nos doentes recidivantes com eRVR durante a terapêutica combinada com telaprevir de 24 semanas, as taxas de RVS foram comparáveis ou superiores relativamente aos doentes naives, e as taxas de recidiva foram baixas. As previsões realizadas e os dados clínicos observados apoiam a utilização da terapêutica guiada pela resposta em doentes recidivantes prévios.

	T12PR24,n/N(%)	T12PR48,n/N(%)
ADVANCE	195/2012 (92)	NA
ILLUMINATE	149/162 (92)	144/160 (90)
PROVE3	25/28 (89)	NA
ESTUDO 107	24/24 (100)	NA
REALIZE	NA	208/218 (95)

92. DIFERENTE PROBABILIDADE DE RVS COM TVR+PEGIFN/RBV EM DOENTES COM INSUCESSO TERAPÊUTICO PRÉVIO, INDEPENDENTE DE RESPOSTA SEMELHANTE A LEAD-IN

S. Zeuzem¹, G.R. Foster², P. Andreone³, S. Pol⁴, E.J. Lawitz⁵, M. Diago⁶, S. Roberts⁷, P.J. Pockros⁸, Z. Younossi⁹, I. Lonjon-Domanec¹⁰, R. Van Heeswijk¹¹, S. De Meyer¹¹, D. Luo¹², S. George¹³, J. Witek¹², G. Picchio¹²

¹U. Johann Wolfgang Goethe. ²U. Londres Queen Mary. ³U. Bolonha. ⁴U. Paris Descartes. ⁵Alamo Med Res. ⁶H. Geral Valência. ⁷Alfred Hosp. ⁸Scripps Clinic. ⁹Inova Fairfax H. ¹⁰Janssen Pharm. ¹¹Tibotec BVBA. ¹²Tibotec Inc. ¹³Vertex Pharm.

Introdução: No estudo REALIZE (Fase III), a caracterização da resposta anterior (recidiva, resposta parcial, resposta nula) forneceu melhor previsão de RVS com telaprevir (T) mais peginterferão (P) e ribavirina (R) que a redução < ou ≥ 1 log10 de ARN-VHC após 4 semanas de lead-in com PR. Efetuou-se uma análise utilizando intervalos mais curtos de resposta do ARN-VHC à semana 4, para determinar se o aperfeiçoamento destas categorias (< ou ≥ 1 log10) tem impacto na RVS com esquema com Telaprevir, em recidivantes, respondedores parciais e nulos. **Métodos:** doentes com VHC G1 foram aleatorizados 2:2:1 para tratamento durante 12 semanas com TPR (início imediato [T12/PR48] ou com lead-in [LI T12/PR48])

seguido de PR, ou placebo/PR (Pbo12/PR48), num total de 48 semanas. Estratificação baseada na carga viral e na resposta prévia a PR. Foi avaliada a relação entre cinco intervalos de resposta (ARN-VHC) após 4 semanas de lead-in e a RVS, nos braços de LI T12/PR48 e PR.

Resultados: Estavam disponíveis dados de ARN-VHC na Semana 4 em 121 e 239 doentes nos grupos PR e LI T12/PR48, respectivamente. Os recidivantes ou respondedores parciais com respostas muito débeis na Semana 4 de lead-in (0-0,5 log10) atingiram taxas de RVS substancialmente superiores do que os respondedores nulos com respostas semelhantes neste ponto temporal. Os respondedores nulos apresentaram a maior amplitude de taxas de RVS ao tratamento com TVR (6% a 80%).

Conclusões: Nos doentes com deficiente resposta durante o tratamento com PR (redução de ARN-VHC < 1 log10, semana 4), os respondedores nulos, conforme definido no REALIZE, revelaram diferenças relativamente aos respondedores parciais e recidivantes na capacidade de atingir RVS com esquema contendo TVR. Isto sugere que a utilização exclusiva do lead-in para prever a RVS com TVR em doentes com insucesso terapêutico prévio, poderá não prever a verdadeira probabilidade de RVS e realça a importância da categorização da resposta anterior para prever resposta ao tratamento com TVR.

93. ELASTOGRAFIA EM TEMPO REAL NA AVALIAÇÃO NÃO INVASIVA DA FIBROSE HEPÁTICA NA HEPATITE CRÔNICA VÍRICA - ESTUDO COMPARATIVO COM BIÓPSIA HEPÁTICA

J. Magalhães, S. Leite, C. Marinho, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães.

Introdução: O “gold standard” para determinação do grau de fibrose na hepatite crónica vírica continua a ser a biópsia hepática, mas vários métodos não invasivos foram desenvolvidos com objectivos idênticos, nomeadamente a Elastografia em Tempo Real (RTE). **Objectivo:** Avaliação da utilidade da RTE na determinação não invasiva da fibrose hepática em doentes com hepatite crónica vírica, comparando-a com resultado da biópsia hepática (BH).

Métodos: Estudo prospectivo, incluindo 15 doentes, 10 dos quais com hepatite crónica por vírus B e 5 por vírus C, referenciados para BH, com realização prévia de ecografia e RTE (Sonda externa linear EUP-L52 3-7Mhz, Ecógrafo Hitachi HI VISION Avius). Realizada RTE, com aquisição de quatro imagens classificadas num score de fibrose 0-4 visualmente segundo o padrão de cores e segundo um software de cálculo do índice de fibrose hepática. O estadió de fibrose na biópsia hepática foi classificado segundo o score METAVIR (F0-F4). Análise estatística realizada com SPSS.19, considerando-se o nível de significância p < 0,05.

Resultados: De acordo com os resultados da BH os doentes foram classificados com os seguintes estadios de fibrose: 3 doentes F0, 7 doentes F1, 5 doentes F3. O score da RTE calculado foi 1 em 2 doentes, 2 em 7 doentes, 3 em 6 doentes. A correlação entre o score RTE calculado e o estadió histológico segundo o coeficiente de Spearman foi moderada (0,56, p = 0,03), não se verificando uma correlação significativa entre o score RTE classificado visualmente e o estadió histológico (0,30, p = 0,23).

Conclusões: A RTE revelou-se um método não invasivo promissor na avaliação da fibrose hepática, e apesar das limitações amostra, revelou resultados significativos com recurso ao software de cálculo do índice de fibrose, sendo de esperar que a continuação do estudo e a validação clínica do software de cálculo possa contribuir para uma maior eficácia e reprodutibilidade do método.

94. ESPECTRO DE UMA CONSULTA DE HEPATOLOGIA: IDENTIFICAR E AGRUPAR PROBLEMAS

R. Küttner Magalhães, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, D. Ferreira, A. Rodrigues, T. Moreira, J.M. Ferreira, I. Pedroto

Serviços de Gastrenterologia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: A doença hepática representa uma causa importante de morbi-mortalidade e constitui motivo frequente de referência para consulta especializada.

Objectivo: Descrição do espectro de doenças hepáticas que motivam referência, estudo e eventual seguimento em consulta de Hepatologia de um Hospital terciário.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, no qual foram analisadas características demográficas e clínicas dos doentes avaliados no período de 12 meses do ano 2011.

Resultados: Efectuadas 4.405 consultas a 1.842 doentes, 58% (n: 1.069) do sexo masculino. A média global das idades foi de 53,2 anos (17-91): 54,4 anos no sexo feminino e 52,3 anos no sexo masculino (p: 0,001). O motivo de seguimento foi: Doença Hepática Vírica em 57,2% (n: 1.053), Doença Hepática metabólica em 12,4% (n: 229), doença hepática alcoólica isolada em 9,9% (n: 182), lesões nodulares (LNs) em 5,8% (n: 106) e doença hepática imune (DHI) em 7,8% (n: 103). Registou-se um predomínio do sexo masculino em todas as etiologias, excepto na Hepatite auto-imune (1H/6,8M), Cirrose Biliar Primária (1H/16,3M), Síndrome de sobreposição (1H/7,0M) e nas LNs (1H/2,8M). Os doentes com infecção pelo Vírus da Hepatite B são os mais jovens, com uma média de idades de 48,5 anos (17-81; p < 0,001), enquanto que os que apresentam uma idade média mais elevada são os que têm doença hepática alcoólica isolada, com 60,6 anos (21-87; p:0,004) e os que têm DHI, com 57,8 anos (21-83; p < 0,001).

Conclusões: A identificação da etiologia da doença hepática que motiva referência para consulta especializada, é fundamental. Permite priorizar medidas e orientar a nossa intervenção na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e atraso de complicações, nomeadamente nas infecções víricas que representam a maioria dos doentes.

95. HIDATIDOSE HEPÁTICA HUMANA: ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DURANTE UMA DÉCADA.

A. Santos, V. Bettencourt, A. Vieira, C. Leitão, A. Monteiro, A. Banhudo, A. Loureiro

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: A hidatidose é uma zoonose parasitária com uma incidência aproximada de 2,2/100.000 habitantes em Portugal. Tem como agente etiológico céstodos do género *Echinococcus*. O seu diagnóstico baseia-se na clínica, epidemiologia e técnicas imagiológicas, sendo suportado em testes serológicos. O tratamento de eleição, quando possível, é a exérese do quisto, coadjuvado com os derivados benzimidazólicos.

Objectivo e métodos: Com o objectivo de analisar a experiência da unidade de saúde dos autores, fez-se a revisão dos processos clínicos dos doentes com o diagnóstico de alta de quisto hidático hepático, num período de 10 anos (1 de Janeiro de 2001 até à actualidade), correspondendo a um total de 40 doentes.

Resultados: Apurou-se uma ocorrência média de 4 casos/ano de hidatidose hepática; predomínio do género feminino (55%); média de idades de 60,05 anos (16-96). O grupo de doentes com profissões relacionadas com o sector primário (27,5%) foi o mais representativo. A forma de apresentação clínica mais frequente foi a dor abdominal (65%). O diagnóstico foi efectuado utilizando sempre, concomitantemente, métodos imagiológicos e serológicos. A dimensão média (o maior diâmetro) dos quistos hepáticos

determinada imagiologicamente foi de 8,7 cm (4-24). A localização mais frequente foi o lobo direito (62,5%). A terapêutica mais utilizada foi a cirúrgica (57,5%). Todos os doentes submetidos a terapêutica tiveram alta clinicamente melhorados, excepto 2 doentes (1 falecimento e 1 transferência para outra unidade hospitalar).

Conclusões: Os autores concluem que a incidência de hidatidose hepática na área abrangida pela unidade de saúde é de aproximadamente 3,69 casos/100.000 habitantes/ano, sendo ligeiramente superior à nacional. A distribuição por género e idade desta casuística está de acordo com os dados disponíveis na literatura, no entanto, a relação com o contexto epidemiológico de contacto com animais contaminados não foi verificada por provável ausência desses registos nos processos clínicos.

96. CORRELAÇÃO ENTRE A GRAVIDADE DO FÍGADO GORDO NÃO-ALCOÓLICO E O PADRÃO ALIMENTAR EM DOENTES COM OBESIDADE MÓRBIDA

I. Mendes de Almeida, E. Ferreira, S. Policarpo, P. Almeida Nunes, M. Machado, A. Costa, F. Carepa, J. Coutinho, H. Cortez-Pinto

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, EPE.

Introdução: A esteatose hepática está presente em mais de 85% dos obesos mórbidos embora apenas 15 a 30% desenvolvam esteatohepatite não-alcoólica (EHNA). Entre os fatores que contribuem para a EHNA, o padrão alimentar poderá desempenhar um papel importante. O objetivo do estudo foi caracterizar o padrão alimentar de indivíduos obesos antes de realizar cirurgia bariátrica (CB) correlacionando com a severidade histológica hepática.

Métodos: Incluíram-se 77 indivíduos, com avaliação de antropometria (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC) e bioquímicos antes da CB. A amostra para biópsia foi colhida durante a CB. Um questionário de frequência alimentar semi-quantitativo (QFA) foi aplicado por Dietista. As biópsias foram classificadas de acordo com o score NAS. A EHNA foi definida com base na presença e severidade da esteatose, inflamação, balonização de hepatócitos e grau de fibrose. Excluíram-se outras causas de doença hepática.

Resultados: Idade média: 43 ± 11 anos, 65 mulheres (84%) e IMC 46.1 ± 7,9 kg/m². A maioria (99%) apresentava esteatose simples e 13 (16,6%) tinham EHNA. Não foram observadas diferenças entre grupos com e sem EHNA, respetivamente para: energia (2.338 ± 504 vs 2.767 ± 1.195 kcal/dia), proteína (108 ± 30,1 vs 129 ± 56,7 g/dia), glícidos (292 ± 94,6 vs 329 ± 143,3 g/dia), lípidos (87 ± 25,4 vs 109 ± 54,5 g/dia), fibra (35 ± 10,4 vs 32 ± 14,5 g/dia) ou colesterol (319 ± 140 vs 289 ± 226 mg/dia). Observou-se uma ingestão de cafeína inferior no grupo com EHNA (52,9 ± 39,7 vs 98,3 ± 71,6 mg/dia, p = 0,016). A ingestão de cafeína correlacionou-se negativamente com o score NAS (r = -0,277, p = 0,015), mas não com o grau de fibrose hepática.

Conclusões: O consumo de cafeína poderá ser protetor no desenvolvimento/agravamento da EHNA. Não se observaram diferenças no padrão alimentar de macronutrientes deste grupo de obesos. Possivelmente, existirá um ponto de acumulação crítico de gordura hepática a partir do qual o consumo não influencia o risco de desenvolver EHNA ou progressão da fibrose, que poderá depender de outros fatores (individuais/genéticos).

97. POLIMORFISMOS DA IL28B: CARACTERIZAÇÃO DE UMA SUBPOPULAÇÃO PORTUGUESA

R. Herculano, L. Carvalho, M. Bispo, T. Bana, P. Peixe, L. Matos

Hospital Egas Moniz/Chlo.

Introdução: Estudos internacionais mostraram que os doentes com infecção crónica do vírus C e genótipo CC da interleucina 28B

humana (IL28B) têm maior probabilidade de resposta virológica sustentada (RVS) ao tratamento.

Objectivo: Caracterizar a distribuição genotípica da IL-28B em doentes com hepatite C crónica seguidos num Centro Hospitalar Português.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com hepatite C crónica, naïve, previamente tratados ou sob tratamento segundo as recomendações internacionais, com o estudo da IL 28b. Procurou-se caracterizar esta população no que respeita a dados demográficos, clínicos (comorbilidades) laboratoriais (carga viral e valor de transaminases), grau de fibrose (histologia, fibroscan e elastografia em tempo real) e a resposta virológica ao tratamento.

Resultados: Desde outubro de 2011 até janeiro de 2012 foi solicitado o estudo da IL 28b a 64 doentes do nosso centro, 76% do sexo masculino, 93,6% raça caucasiana, com idade média de 59 anos. Esta população apresentava comorbilidades em 38% dos casos. Verificou-se a prevalência do genótipo C/T, C/C e T/T em 33 (51,5%), 17 (26,5%) e 14 (21,8%) doentes, respectivamente. Verificou-se RVS em 21 doentes: 29,4% do genótipo C/T (17 doentes tratados, 41,2% do genótipo 1), 3 com resposta virológica precoce (RVP) e 5 com resposta virológica rápida (RVR); 82,0% do genótipo C/C (11 tratados, 54,5% do genótipo 1), 3 com RVP e 6 com RVR; e 50% do genótipo T/T (9 doentes tratados, 38,0% do genótipo 1), 2 com RVP e 1 com RVR. Os doentes com RVS apresentavam cargas virais elevadas (definida > 5log) em 95,2% antes do tratamento; em 5 doentes demonstrou-se fibrose mais avançada (Metavir F2/F3) e em 8 transaminases elevadas 2 vezes o limite superior da normalidade.

Conclusões: Este estudo mostrou uma maior prevalência do genótipo C/T na nossa população. Verificou-se uma vantagem do tratamento convencional nos doentes com genótipos C/C e T/T em oposição ao C/T, particularmente nos doentes com VHC genótipo 1, corroborando os dados da literatura actual.

intervenções utilizadas para o encerramento das fugas, complicações, reintervenções e necessidade de cirurgia por falência endoscópica.

Resultados: As fugas localizavam-se: 52 (62,5%) no coto cístico, 20 (24%) do tipo Luschka e 11 (13,5%) no hepático comum/via biliar principal. A taxa de sucesso relacionada com a primeira intervenção (ETE + prótese biliar) foi de 86,7%, com tempo médio de resolução de 63 dias (15-135 dias) e com média de 2 exames/doente. Nos doentes com persistência da fuga (11 doentes, 13,3%), em 8 doentes foram colocadas 2 ou mais próteses plásticas com uma média adicional de 1,25 exames/doente e com tempo médio de resolução de 51 dias; nos restantes 3 doentes foi colocada uma prótese metálica auto-expansível totalmente coberta (PMAETC) com uma média adicional de 1 exame/doente e com tempo médio de resolução de 23 dias. A taxa de sucesso final foi de 100% e não se detectaram complicações major associadas aos procedimentos.

Conclusões: A estratégia de ETE+prótese plástica permite a resolução de fugas pós colecistectomia em cerca de 85% dos casos. Nos casos de falência da terapêutica inicial a colocação de PMAETCs parece ser a estratégia de eficácia mais rápida e associada a menor número de exames.

99. ESTENOSSES BILIARES BENIGNAS: EFICÁCIA E SEGURANÇA DA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA

B. Rosa, P. Moutinho Ribeiro, J. Cotter

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução: A abordagem endoscópica permite tratar de um modo conservador uma proporção importante das estenoses biliares benignas.

Objectivo: Avaliar a eficácia e segurança da terapêutica endoscópica de diferentes tipos de estenoses biliares benignas.

Métodos: Análise retrospectiva de 30 doentes (58 ± 17 anos) submetidos a CPRE por estenoses biliares benignas de diferentes etiologias: I: iatrogénica; II: compressão extrínseca (CE); III: papilite/estenose papilar; IV: litíase biliar (LB). Variáveis analisadas: realização de esfínterectomia, dilatação e/ou colocação de próteses, número de sessões terapêuticas, sucesso técnico e clínico, complicações e necessidade de cirurgia.

Resultados: As estenoses biliares foram de causa iatrogénica (maioritariamente pós-colecistectomia) em 13 doentes (43,3%), por CE em 7 (23,3%), papilite/estenose papilar em 6 (20,0%) e associadas a LB em 4 (13,3%). Follow-up médio pós-CPRE: 42,5 meses. Globalmente, a taxa de sucesso técnico e clínico foi de 80% e 76,7%, respectivamente, com uma média de 2 sessões terapêuticas/doente (1-4). O sucesso técnico foi 100% na LB ou papilite/estenose papilar, 85,7% na CE e 61,5% nas estenoses iatrogénicas. Procedeu-se a esfínterectomia em 90% dos doentes. Foi realizada dilatação biliar (balão hidroestático/dilatadores Savary) em 75,0% dos doentes com LB e 31,0% dos doentes com estenoses iatrogénicas. Colocaram-se próteses plásticas em 66,7% dos doentes. As estenoses iatrogénicas requereram com maior frequência próteses múltiplas (42,9%). As complicações foram sobretudo tardias, por obstrução ou migração das próteses biliares, ocorrendo em 23,3% dos doentes. Oito doentes (26,7%) necessitaram de cirurgia, sobretudo no grupo das estenoses iatrogénicas (38,5%).

Conclusões: A abordagem endoscópica foi bem sucedida em cerca de 80,0% dos doentes. As estenoses iatrogénicas foram as mais prevalentes; neste grupo, os doentes necessitaram com maior frequência de próteses múltiplas (42,9%), a taxa de sucesso técnico e clínico foi menor (61,5%) e foram necessárias mais cirurgias (38,5%). As complicações mais frequentes foram a obstrução ou a migração das próteses biliares.

Pâncreas E Vias Biliares

98. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FUGAS BILIARES PÓS-COLECISTECTOMIA

I. Marques, J. Canena, L. Ricardo, A. Lagos, L. Meireles, D. Horta, C. Romão, P. Coutinho, J. Deus, B. Neves

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte Hospital Fernando da Fonseca, Lisboa.

Introdução e objectivo: As fugas biliares podem ser complicações da colecistectomia, que se associam a morbilidade e mortalidade não desprezíveis se não forem tratadas precocemente. A abordagem endoscópica é aceite como o tratamento de escolha, sendo conflituosos os resultados sobre a melhor terapêutica e a sua taxa de sucesso. Este estudo avaliou a eficácia clínica da CPRE no tratamento de fugas biliares pós colecistectomia.

Métodos: Estudo retrospectivo de 83 doentes submetidos a CPRE para o tratamento de fugas biliares pós colecistectomia num período de 8 anos. As variáveis analisadas incluíram: sucesso técnico e clínico, número de CPREs realizadas por doente, tipo de

100. STENTS PLÁSTICOS VS METÁLICOS NA OBSTRUÇÃO BILIAR MALIGNA

R. Carvalho, R. Cardoso, D. Gomes, N. Almeida, E. Camacho, A. Rosa, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Introdução: As opções para palição da obstrução biliar maligna incluem a colocação de stents plásticos ou metálicos. Os plásticos são seguros, eficazes e menos dispendiosos, mas com maiores taxas de oclusão.

Objectivo: Avaliar a patência das próteses plásticas e metálicas não cobertas na obstrução biliar maligna.

Métodos: Seleccionados retrospectivamente doentes submetidos a CPRE com colocação de primeira prótese biliar por obstrução maligna, entre 2008-2010, com follow-up (FU) mínimo de um mês. Avaliados tipos de obstrução e de prótese, complicações, reintervenção e patência. Análise estatística com testes qui-quadrado e t de Student.

Resultados: 121 doentes seleccionados, 79 (65,3%) com FU mínimo para inclusão (70,9 ± 11,5 anos, 62% homens). Apresentavam carcinoma pancreático 44,3%, colangiocarcinoma 31,7% e outros tumores 14%. 75,9% localizavam-se na VBP distal/média, os restantes tinham localização proximal. FU médio 10,4 ± 10,1 meses, sobrevivência média 10,3 ± 10,2 meses. Realizados 122 procedimentos aos 79 doentes. Opção inicial foi prótese plástica em 70,9% (56/74) e metálica em 29,1% (23/48). Submetidos a cirurgia com intuito curativo 15 (19%) doentes (44,5 ± 28,2 dias até intervenção). Registaram complicações tardias 62 (57,9%) procedimentos, e 67 (62,6%) reintervenção/substituição (colangite - 46,3%; obstrução sem colangite - 22,4%; indicação prévia - 11,9%; migração - 6%). Reintervenção mais frequente nas próteses plásticas (78,0% vs 43,8%, p < 0,01) e obstrução proximal (66,7% vs 61,2%, p = 0,4). Tempo de patência da primeira prótese superior quando a opção inicial foi prótese metálica (185,0 ± 46,3 vs 79,1 ± 10,8 dias, p = 0,035). Se opção inicial por prótese plástica, tempo de patência semelhante para ambos os tipos (154,3 ± 34,3 vs 141,1 ± 25,2 dias, p = 0,786) após substituição.

Conclusões: Verifica-se maior reintervenção nas próteses plásticas, e maior patência das próteses metálicas quando estas são a primeira escolha. No entanto, se opção inicial por prótese plástica, após a substituição o tempo de patência foi semelhante, o que nos leva a concluir que, nestas circunstâncias, poderá não haver vantagem em substituição por próteses metálicas.

101. VALOR PROGNÓSTICO DA PROTEÍNA C-REACTIVA PARA A GRAVIDADE, COMPLICAÇÕES LOCAIS, E MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR NA PANCREATITE AGUDA

F. Sousa Cardoso, L. Ricardo, A. Oliveira, D. Horta, J. Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução e objectivo: A proteína C-reativa (PCR) tem sido largamente usada na estratificação precoce do risco em doentes com pancreatite aguda. Este estudo propôs-se avaliar o valor prognóstico da PCR para a gravidade, as complicações locais, e a mortalidade intrahospitalar na pancreatite aguda.

Métodos: Neste coorte retrospectivo foram consideradas as determinações da PCR na admissão, às 24 horas, às 48 horas, e às 72 horas após a admissão de 299 doentes. O valor prognóstico da PCR para a gravidade, complicações locais, e mortalidade intrahospitalar na pancreatite aguda foi avaliado através da área debaixo da curva. A sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo, e o valor preditivo negativo foram calculados considerando dois pontos de corte da PCR diferentes.

Resultados: Dezasseis doentes (9%) desenvolveram pancreatite aguda grave, 35 (20,7%) apresentaram necrose, e 10 (3,3%) morreram. As áreas debaixo da curva da PCR às 48 horas após a admissão para a gravidade, necrose, e mortalidade intrahospitalar foram 0,83 (intervalo de confiança (IC) a 95% 0,73-0,93), 0,80 (IC a 95% 0,70-0,91), e 0,86 (IC a 95% 0,78-0,95), respectivamente. A especificidade da PCR às 48 horas após a admissão para a gravidade, a necrose, e a mortalidade intrahospitalar passou de 52,0% (IC a 95% 41,8-62,1), 49,5% (IC a 95% 39,1-59,9), e 50,8% (IC a 95% 43,4-58,2), respectivamente, considerando o ponto de corte 15 mg/dL, para 70,0% (IC a 95% 60,0-78,8), 67,4% (IC a 95% 57,0-76,6), e 66,5% (IC a 95% 59,2-73,2), respectivamente, considerando o ponto de corte 20 mg/dL, enquanto a sensibilidade permaneceu elevada.

Conclusões: A PCR às 48 horas após a admissão tem um bom valor prognóstico para a gravidade, necrose, e mortalidade intrahospitalar na pancreatite aguda, mas o seu ponto de corte tem de ser mais bem estudado.

102. COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA NO DOENTE MUITO IDOSO. RISCO ACRESCIDO DE COMPLICAÇÕES E INSUCESSO?

L. Meireles, J. Canena, I. Marques, A. Lagos, D. Sousa, A. Coutinho, C. Sousa, B. Neves

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Pulido Valente (CHLN).

Serviço de Cirurgia, Hospital do Litoral Alentejano.

Introdução e objectivo: O envelhecimento acarreta um aumento de patologia bilio/pancreática com a consequente necessidade de realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Alguns trabalhos sugerem que este exame em doentes muito idosos está associado a um número crescente de complicações e insucesso. Este estudo avaliou a eficácia clínica e complicações após realização de CPRE em doentes com mais de 85 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo de 48 doentes consecutivos, com idade superior a 85 anos, submetidos a CPRE, num período de 26 meses, num único centro. Analisaram-se os dados demográficos, indicação, sucesso técnico e clínico, tipo de procedimentos terapêuticos, necessidade de manobras de recuperação pós anestesia, complicações e duração do internamento.

Resultados: O sucesso técnico foi obtido em 98% dos casos na primeira tentativa e em 100% na segunda. A idade média da população foi 89 anos (intervalo: 85-102) sendo 68% mulheres. As principais indicações foram: neoplasia biliar/pancreática (11 casos-23%), suspeita de coledocolitíase (18 casos-38%). As principais terapêuticas associadas foram: ETE (n = 36) próteses biliares (n = 26); extracção de cálculos (n = 22), litotricia mecânica (4). Ocorreram complicações em 8% dos doentes (pancreatite em 2 doentes-4%). Não houve casos de: 1) necessidade de ventilação mecânica pós anestesia; 2) hemorragia necessitando de transfusão; 3) mortalidade associada à CPRE. A mediana do tempo de internamento pós exame foi de 2 dias (intervalo: 1-100).

Conclusões: Não existem limitações de idade para a realização de CPRE que em doentes muito idosos apresenta um perfil de sucesso e segurança sobreponível à das outras idades.

103. COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA NO IDOSO: INDICAÇÕES, COMPLICAÇÕES E RESULTADOS

M. Velosa^{1,2}, P. Pereira², A. Ribeiro², A. Sarmento², F. Ferreira², S. Rodrigues², G. Macedo²

¹Hospital Dr. Nélcio Mendonça, Funchal. ²Hospital S. João, Porto.

Introdução: Com o envelhecimento da população tem-se verificado um crescente uso da colangiopancreatografia retrógrada

endoscópica (CPRE) na avaliação da patologia pancreatobiliar em doentes idosos. As características desta faixa etária, nomeadamente a maior prevalência de co-morbilidades, pode associar-se a uma maior taxa de complicações relacionadas com o procedimento.

Objectivo: Avaliar a eficácia, segurança e complicações da CPRE em doentes com idade igual ou superior a 80 anos.

Métodos: Realizamos a revisão retrospectiva de 356 CPRE efectuadas entre 1 de Julho de 2010 a 31 de Janeiro de 2012. Foram incluídos 89 exames correspondentes a 74 doentes com idade compreendida entre 80 e 97 anos, a maioria do género feminino (58,1%). As indicações para o exame foram: coledocolitíase 75,3% (n = 67), complicada com colangite em 32,8% (n = 22) e pancreatite aguda em 23,9% (n = 16); obstrução neoplásica em 8,9% (n = 8), 5 por neoplasia cefalo-pancreática e 3 por colangiocarcinoma. O índice de canulação foi de 87,6%. Em cerca de 4 casos (4,5%) o exame não foi possível ou foi incompleto por contra-indicação anestésica e/ou complicações relacionadas com a anestesia. O exame foi inconclusivo em 4 casos (4,5%) por não ser possível atingir a segunda porção duodenal. Em 3 exames, todos referentes à mesma doente, não foi possível a canulação da papila, sendo necessário tratamento cirúrgico. Em 32 exames, os doentes cumpriam medicação anti-agregante e/ou anti-coagulante. Verificaram-se duas complicações (2,6%): uma pancreatite aguda e um episódio de hemorragia, sem necessidade de suporte transfusional. Três doentes faleceram durante o internamento por causas não relacionadas com o procedimento.

Conclusões: A CPRE é eficaz e segura na população idosa. As co-morbilidades apresentadas pelos doentes não aumentaram a taxa de complicações relacionadas com o procedimento.

104. PALIAÇÃO DE OBSTRUÇÕES MALIGNAS DAS VIAS BILIARES COM PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

L. Ricardo, A. Oliveira, F. Cardoso, C. Rodrigues, D. Horta, J. Canena, J. Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora-Sintra.

Introdução e objectivo: A colocação endoscópica de próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) permite a descompressão biliar em doentes com neoplasias primárias, doença metastática ou compressão extrínseca das vias biliares. A patência deste tipo de próteses, relativamente às de plástico, torna-as uma opção preferível mesmo tendo em conta o seu custo superior. Este estudo avaliou a eficácia clínica da colocação de PMAE na paliação de doentes com estenoses malignas das vias biliares.

Métodos: Estudo retrospectivo (Junho de 2009 a Fevereiro de 2012) de todos os doentes consecutivos que foram submetidos à colocação de PMAE para a paliação de neoplasias irresssecáveis bilio-pancreáticas. As variáveis analisadas incluíram: sucesso técnico e clínico, patência das próteses, complicações, reintervenções e sobrevida.

Resultados: Foram tratados 71 doentes, 38 (53,5%) do sexo masculino, com idade média de 72,1 anos. As causas de estenose foram: neoplasia do pâncreas-52,1% (n = 37); colangiocarcinoma-31% (n = 22); lesão metastática-8,4% (n = 6); neoplasia da vesícula-5,6% (n = 4) e ampoloma-2,8% (n = 2). Obteve-se sucesso técnico e clínico em todos os doentes. Os valores médios de bilirrubina total antes e cinco dias após a colocação da prótese foram de 13,9 e 6,6 mg/dL, respectivamente. Verificou-se oclusão da prótese em 9,8% dos doentes (n = 7), em média 117,7 dias após a sua colocação; estes doentes foram tratados com colocação de novas PMAE com 100% de sucesso terapêutico. Não se verificaram outras complicações, nomeadamente migração, hemorragia ou perfuração. A patência das próteses aos 3, 6 e 12 meses foi de 95,2, 84,4 e 80%

respectivamente. A sobrevida média aos 3, 6 e 12 meses foi de 69,0, 58,6 e 44,3% respectivamente.

Conclusões: A colocação endoscópica de PMAE constitui um método eficaz de paliação em doentes com estenoses malignas das vias biliares. Assegura uma rápida drenagem biliar, com baixas taxas de complicações e patência prolongada, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

105. QUISTOS DO PÂNCREAS AVALIADOS POR ECOENDOSCOPIA: PUNÇÕES, OPERAÇÕES E COMPLICAÇÕES

C. Fidalgo¹, S. Faia¹, J. Pereira da Silva¹, R. Fonseca², A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, IPOLFG, EPE.

Introdução e objectivo: As lesões quísticas pancreáticas representam um desafio diagnóstico cuja história natural é pouco conhecida. A decisão de efectuar manobras diagnósticas invasivas, como a punção guiada por ecoendoscopia (EUS-FNA), deve ser ponderada face à acuidade diagnóstica e ao risco de eventuais complicações. O manejo destas lesões por cirurgia ou vigilância depende da convicção diagnóstica e das condições clínicas do doente.

Métodos: Caracterizar uma série de ecoendoscopias (EUS) realizadas durante um período de 6 anos (Junho 2006 a Março 2012), descrevendo as características da população, a taxa de complicações desta técnica, os diagnósticos obtidos por EUS (com ou sem punção) e correlacioná-los com a peça cirúrgica ou follow-up clínico/imagiológico.

Resultados: Realizadas 125 EUS em 113 doentes (1 dte- 4 EUS, 1 dte-3 EUS e 7 dtes- 2 EUS), 69 (61%) do sexo feminino, idade média 61 ± 14 anos (18-86), tempo de follow-up médio 21 ± 22 meses (0-108), a maioria (68%) assintomáticos. Realizadas 106 FNAs, com citologia diagnóstica em 29% dos casos e possibilidade de doseamento de marcadores em 96 casos (91%). Dos 113 doentes: 57 (60%) em follow-up imagiológico; 22 (23%) operados (peça- 2 cistadenomas serosos, 5 neoplasias mucinosas quísticas, 8 IPMNs, 2 TNE, outros = 5); 12 (12%) orientados para QT/terapêutica paliativa e os restantes 4 (4%) perdidos para follow-up. Excelente concordância do diagnóstico EUS/peça operatória. Complicações: 1 caso de pancreatite aguda na punção de presumível pseudoquistos na cauda do pâncreas (0,9%).

Conclusões: A Ecoendoscopia é uma técnica segura e útil na estratificação terapêutica de lesões quísticas do pâncreas. Numa elevada percentagem dos procedimentos foi conseguida a punção, com obtenção de citologia diagnóstica em um terço dos casos e doseamento de marcadores tumorais em mais de 90%. A taxa de complicações foi reduzida (< 1%).

106. RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE ESTENOSE BILIAR PÓS-COLECISTECTOMIA

B. Rosa, P. Moutinho Ribeiro, J. Cotter

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, com antecedentes de coledocolitíase e litíase vesicular, submetida a colecistectomia laparoscópica electiva em Maio de 2010. Dois meses antes da cirurgia, foi realizada CPRE com esfínterotomia biliar e extracção de dois cálculos volumosos da via biliar principal (VBP) após dilatação papilar com balão. Seis dias após a colecistectomia, por icterícia colestática, foi realizada CPRE, que revelou estenose anelar iatrogénica da VBP, na união do terço superior com o terço médio (tipo I de Bismuth), com

ectasia ligeira da árvore biliar a montante. Procedeu-se a dilatação da estenose com balão TTS até 4 mm e colocação de prótese biliar plástica (PP) recta (10 Fr), tendo-se verificado nos meses seguintes uma evolução clínica e analítica favorável. Após seis meses, foi realizada CPRE electiva, que revelou manutenção da estenose, tendo-se decidido pela sua calibração progressiva, com colocação de 2 PP duplo pigtail (7 Fr) e, após 3 meses, colocação de 3 novas PP duplo pigtail (7 Fr). Ao final de 6 meses, foram removidas electivamente estas 3 PP, com o colangiograma a revelar melhoria significativa do calibre da VBP, mantendo ainda, contudo, anel subestenótico que se dilatou com balão TTS até 8 mm; não existia dilatação da árvore biliar intra-hepática nem qualquer ressalto ou resistência à passagem do balão de Fogarty. Três meses após o procedimento, foi realizada colangio-RM que revelou normal morfologia e calibre das vias biliares intra-hepáticas (VBIH) e da VBP. Com um follow-up de seis meses após a última CPRE, a doente apresenta-se assintomática e sem quaisquer alterações analíticas.

Discussão: Actualmente, a terapêutica endoscópica com dilatação e/ou colocação de próteses nas estenoses biliares pós-colecistectomia, se necessário ao longo de várias sessões, permite obter taxas elevadas de sucesso técnico e clínico, podendo reservar-se a cirurgia para os casos de insucesso da abordagem endoscópica conservadora.

107. CONCORDÂNCIA ENTRE A ECOENDOSCOPIA DE INTUITO DIAGNÓSTICO, RM E TC NA PATOLOGIA PANCREATO-BILIAR

S. Rodrigues, S. Lopes, P. Pereira, F. Baldaque, J. Santos-Antunes, E. Rodrigues-Pinto, J.A. Sarmiento, A. Ribeiro, G. Macedo

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

Introdução: Existem vários estudos a relatar um grau de concordância significativo entre RM e TC e a ecoendoscopia (EUS) para patologia benigna e maligna pancreato-biliar.

Objectivo: Avaliar concordância da EUS com RM e TC no diagnóstico de doença pancreato-biliar e a concordância entre a EUS/RM/TC com o diagnóstico final.

Métodos: Análise retrospectiva de 100 ecoendoscopias realizadas consecutivamente e respectivo exame de imagem, TC ou RM, na nossa instituição. O intervalo limite entre ambos exames foi sempre inferior a 6 meses. Foram utilizados como exames de controlo para o diagnóstico final a cirurgia ou CPRE. Foram excluídos doentes referenciados de outros hospitais e que não apresentavam exame de imagem.

Resultados: Foram incluídos 100 doentes, 47% com RM e 53% com TC abdominal. Predominam os doentes do sexo masculino (62%) e a idade média foi de 59 anos + 14. Quanto à etiologia, 54% dos doentes foram referenciados por suspeita doença pancreática e os restantes por patologia biliar. Em 24% dos casos, tratava-se de uma suspeita de doença maligna. Os graus de concordância entre EUS e RM ($\kappa = 0,51$) e a TC ($\kappa = 0,48$) foram moderados. Face ao diagnóstico final, os graus de concordância da EUS ($\kappa = 0,71$), RM ($\kappa = 0,71$) e TC ($\kappa = 0,63$) foram sobreponíveis.

Conclusões: No diagnóstico de doenças pancreato-biliares a EUS, RM e TC apresentam um desempenho sobreponível de concordância.

108. TUMORES PANCREÁTICOS MALIGNOS: CASUÍSTICA DE 7 ANOS

M.J. Pereira, J. Carvalheiro, A. Fernandes, Z. Romão, R. Mesquita
Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HG.

Introdução: Os Tumores Pancreáticos Malignos (TPM) são entidades agressivas associadas a mau prognóstico.

Objectivo: Caracterização dos TPM com base na clínica, diagnóstico, estadiamento, tratamento e sobrevida.

Métodos: Análise retrospectiva de 50 doentes com TPM internados no Serviço de Gastrenterologia de 01/01/2005 a 31/10/2011. Excluídos 4 doentes por dados incompletos.

Resultados: Incluídos 46 doentes caucásicos, 50% sexo masculino, idade média 75 ± 10 anos. Sinais e sintomas: icterícia 76% ($n = 35$), astenia 73,9% ($n = 34$), anorexia e emagrecimento 73,9% ($n = 34$), dor abdominal 50% ($n = 23$), dorsalgia 15% ($n = 7$), esteatorreia 6,5% ($n = 3$); tempo de evolução médio $31 \pm 24,6$ dias. Pancreatite aguda foi manifestação inicial em 2,2% ($n = 1$) e a colangite em 6,5% ($n = 3$). Antecedentes: Diabetes Mellitus 30,4% ($n = 14$), pancreatite crónica 10,8% ($n = 5$), tabagismo 21,7% ($n = 10$), alcoolismo crónico 15% ($n = 7$) e familiar 1º grau com TPM 6,5% ($n = 1$). Estudo analítico (valores médios): Bilirrubina total-303 mg/dL (0-674), Bilirrubina directa-85 mg/dL (0-516), FA-628 U/L (79-2.767), GGT-779 U/L (27-2.723), TGO-198 U/L (29-482), TGP-233 U/L (29-732). CA 19,9- 2480,9 U/mL (21,2-10.000). A TAC abdominal foi o exame mais utilizado para estadiamento 78,2% ($n = 36$). Localização: cabeça- 80,4% ($n = 37$), corpo- 15,2% ($n = 7$), cauda- 4,3% ($n = 2$). Dimensão tumoral média: $4,2 \pm 1,9$ cm. Punção aspirativa por ecoendoscopia digestiva alta realizada em 21,7% ($n = 10$), permitindo diagnóstico histológico de adenocarcinoma ductal 90% ($n = 9$) e carcinoma acinar 10% ($n = 1$). Estádios (Classificação TNM American Joint Committee on Cancer): I- 4,3% ($n = 2$); II- 6,5% ($n = 3$); III- 32,6% ($n = 15$); IVA- 10,8% ($n = 5$); IVB- 45,8% ($n = 21$). Terapêutica realizada: cirurgia- 6,5% ($n = 3$) (posteriormente identificadas lesões irresecáveis na laparotomia); paliativa- 93,5% ($n = 43$). Próteses biliares- 58,7% ($n = 27$) [CPRE- 88,8% ($n = 24$), CPT-11,2% ($n = 3$)], drenagem biliar externa- 6,5% ($n = 3$), quimioterapia- 10,9% ($n = 5$). Terapêutica médica para a dor- 80,4% ($n = 37$). Sobrevida média 5 meses.

Conclusões: 1) Os TPM foram maioritariamente diagnosticados em estádios avançados, com prognóstico reservado. 2) As terapêuticas paliativas, mormente as próteses biliares e a analgesia para a dor, foram fundamentais para a qualidade de vida destes doentes.

109. NEOPLASIAS DA AMPOLA DE VATER: CASUÍSTICA DE 5 ANOS

A. Santos, B. Pereira, C. Leitão, E. Pereira, A. Caldeira, R. Sousa, J. Tristan, A. Banhudo

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: O carcinoma da Ampola de Vater é uma entidade clínica pouco frequente, ocorrendo de forma esporádica ou em doentes com polipose adenomatosa familiar. Representa 2% de todos os carcinomas e 5% dos tumores do aparelho digestivo, tendo um pico de incidência na 6ª década de vida. A maioria dos ampulomas são adenocarcinomas. O seu diagnóstico precoce e preciso, bem como a instituição da terapêutica adequada, são de importância decisiva no prognóstico.

Objectivo: Rever a experiência de 5 anos, de uma Unidade Local de Saúde, no diagnóstico, orientação e follow-up de doentes com o diagnóstico de neoplasia da Ampola de Vater.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com o diagnóstico de Neoplasia da Ampola de Vater, efectuado numa Unidade de Saúde, durante um período de 5 anos (1 de Janeiro de 2007 até 31 de Dezembro de 2011), correspondendo a um total de 39 doentes. Foram analisados os seguintes parâmetros: sexo, idade ao diagnóstico, manifestações clínicas, orientação terapêutica e evolução.

Resultados: Estudados 39 doentes, 17 do sexo feminino e 22 do sexo masculino. Idade média ao diagnóstico: 75 anos (48-90). Sintomatologia mais frequente: Icterícia (43,6%). Verificou-se um

aumento progressivo dos casos diagnosticados ao longo do tempo: (n = 4 em 2007, n = 4 em 2008, n = 6 em 2009, n = 13 em 2010 e n = 12 em 2012). O tipo histológico mais frequentemente encontrado foi o Adenocarcinoma (38,5%) e a forma de abordagem terapêutica mais utilizada foi a abordagem cirúrgica, nomeadamente a pancreato-duodenectomia e a ressecção local limitada.

Conclusões: O carcinoma da Ampola de Vater é uma entidade rara, que tem vindo a ser reconhecida com maior frequência, tal como aparece na amostra em estudo. A obstrução ao fluxo biliar é frequentemente um fenómeno precoce e a cirurgia continua a ser o gold standard no tratamento de tumores peri-ampulares.

Instantâneos Endoscópicos

110. TUMOR MUCINOSO INTRADUCTAL PAPILAR PANCREÁTICO: IMAGEM ULTRASSONOGRÁFICA ATÍPICA

A. Nunes, N. Veloso, P. Pinto-Marques, M.J. Brito, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Doente do sexo feminino, com 60 anos de idade, com lesão quística pancreática detectada em exame ecográfico realizado após episódio de cólica renal. Realizou tomografia computadorizada abdominal que identificou dilatação do Wirsung condicionada por lesão mista predominantemente quística, localizada na região cefálica e recesso uncinado, com 36 × 25 mm. A ressonância magnética revelou marcada dilatação do Wirsung em toda a sua extensão, bem como do canal de Santorini, verificando-se a presença de duas imagens canulares marcadamente dilatadas no parênquima pancreático ao nível da cabeça com terminação na âmpola de Vater. Os canais apresentavam septos e tortuosidades com imagem de atrofia pancreática. Os achados foram interpretados como manifestação de pancreatite crónica. A doente foi submetida a ultrassonografia endoscópica que mostrou parênquima pancreático atrofico sem critérios de pancreatite crónica, Wirsung marcadamente dilatado desde a ampola (8 mm) até à cauda com ductos secundários e ducto acessório de Santorini igualmente dilatado (5 mm). O Wirsung e o ducto de Santorini convergiam para lesão quística cefálica de conteúdo heterogêneo com 43 mm que se encontrava à direita, no plano e à esquerda da confluência espleno-portomesaraica. Procedeu-se a punção com agulha fina com obtenção de material de elevada viscosidade sugerindo mucina. Os achados ultrassonográficos demonstraram uma situação invulgar de tumor mucinoso intra-pancreático misto envolvendo simultaneamente o ducto principal, o canal de Santorini e ducto secundário.

111. ASPETOS ENDOSCÓPICOS DA COLITE EOSINOFÍLICA (CE)

P. Salgueiro, A. Rodrigues, M.J. Magalhães, R. Magalhães, P. Lago, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: A CE é uma doença rara caracterizada por infiltração eosinofílica do cólon. A apresentação clínica e o aspeto endoscópico variam consoante a camada da parede atingida, caracterizando-se o atingimento da mucosa por eritema, perda do padrão vascular, friabilidade ou mesmo erosões e o atingimento da camada muscular por estenose.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem de 34 anos com antecedentes de gastrite autoimune, vitiligo e asma, que recorreu à urgência por quadro com 15 dias de evolução de dor

abdominal difusa, tipo cólica acompanhada de diarreia (5-6 defeções diárias) sem sangue ou muco. Negava viagens ou medicações recentes. Exame objetivo: sem alterações à exceção de dor à palpação profunda do flanco direito. Estudo analítico: sem leucocitose ou neutrofilia; eosinófilos 2.630/μL (27%), proteína C reativa 2N; sem outras alterações. Imagiologicamente: tomografia abdominal computadorizada revela espessamento da parede do cólon ascendente e cego sem outras alterações de relevo. Colonoscopia: no cólon ascendente mucosa congestiva e presença de estenose marcada a impedir progressão a montante (biopsias: infiltração eosinofílica da camada mucosa com mais de 20 eosinófilos por campo de ampliação). Serologias e análise de fezes: negativas para infeções bacterianas ou parasitárias. Assumida colite eosinofílica foi iniciada terapêutica com budesonido 9 mg/dia e desmame progressivo com franca melhoria clínica e diminuição da eosinofilia periférica. Repetida a colonoscopia verifica-se resolução da estenose do ascendente encontrando-se, a este nível, mucosa hiperemiada, com perda do padrão vascular e algumas erosões (biopsias: infiltração eosinofílica da mucosa com eosinófilos em menor número que nas biopsias anteriores).

Discussão: Embora não estejam estabelecidos critérios diagnósticos de CE, no caso apresentado, a apresentação clínica, analítica, imagiológica, endoscópica e confirmação histológica, bem como a resposta à corticoterapia, permitem-nos, após exclusão de diagnósticos alternativos, estabelecer o diagnóstico de CE com atingimento das camadas muscular e mucosa.

112. PACOTE DE DROGA COMO CAUSA PARA OBSTRUÇÃO À CÂMARA DE SAÍDA GÁSTRICA

R. Küttner Magalhães, T. Moreira, R. Pimentel, C. Caetano, I. Pedroto

Serviços de Gastrenterologia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 42 anos, ex-toxicodependente, vírus da imunodeficiência humana positivo e cirrose hepática por vírus da hepatite C, Child-Pugh B desde há 6 anos. Relato ingestão voluntária de pacote de haxixe, para ocultação, 3 anos antes, enquanto estava detido em instituição presidiária. Assintomático até há 4 meses, altura em que iniciou halitose, eructações, distensão abdominal e náuseas com vômitos alimentares que aliviavam o quadro. Episódios esporádicos, mas com maior periodicidade nas últimas semanas. Desde há 4 dias, com vômitos mais intensos e um episódio único de hematemeses. Trânsito intestinal regular e sem melenas. À admissão, vigil, hemodinamicamente estável, sem ascite, ou sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, com anemia macrocítica (11,5 g/dL), trombocitopenia (84.000 u/L) e INR de 0,98. Endoscopia digestiva alta (EDA) revelou varizes esofágicas pequenas e gastropatia hipertensiva severa, assumida como causa da hemorragia. Detectou-se presença de corpo estranho gástrico com cerca de 10 cm e consistência dura. Repetida EDA sob sedação no dia seguinte, tendo-se removido corpo estranho, sem complicações. Durante o internamento manteve-se hemodinamicamente estável e sem perdas hemáticas, tendo tido alta assintomático.

Discussão: A ingestão de estupefacientes para fins de ocultação não é negligenciável. Como abordagem geral, não devem ser realizadas tentativas de remoção endoscópica de pacotes de droga, devido ao risco de ruptura dos mesmos, excepto quando apenas um pacote não ultrapassa o piloro. A sobredosagem de haxixe causa depressão de consciência, sem colocar em risco a vida, contrariamente ao observado com heroína e cocaína. No caso descrito, o facto de o pacote causar sintomatologia obstrutiva, da sua progressão espontânea ser improvável, do risco cirúrgico ser elevado e uma eventual sobredosagem não ameaçar a vida do

doente, optou-se pela remoção endoscópica que decorreu sem intercorrências.

113. FÍSTULAS ESOFAGO-BRÔNQUICAS E ESOFAGO-PLEURAS EM DOENTE COM CROHN

A. Albuquerque, R. Ramalho, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Homem de 56 anos admitido por perda de peso, anorexia e dispneia com dois meses de evolução. Foi diagnosticado com colite Crohn em 1985 e em 2001, por agudização grave foi submetido a uma colectomia total com ileostomia. Desde essa data abandonou o seguimento e a medicação. À data de admissão, o doente estava desidratado, com caquexia marcada, anemia, leucocitose, hipoalbuminemia e elevação da PCR. A TAC torácica mostrava um esófago médio e distal distendido com alimentos, em continuidade com um empiema da cavidade pleural esquerda. Foi iniciada antibiótica e colocado em dieta zero. A endoscopia digestiva alta revelou múltiplas fístulas esofágicas com secreções broncoalveolares, permitindo a visualização dos brônquios. As biópsias mostraram um infiltrado inflamatório crônico, sem granulomas epitelioides e Ziehl-Nielsen negativo. A insuficiência respiratória e a sepsis são complicações possíveis descritas na literatura, tal como se verificou neste caso, comprometendo decisivamente qualquer tentativa de correção cirúrgica. As fístulas esofágicas no contexto da doença de Crohn são raras, estando descritos apenas 15 casos de fístulas esofago-brônquicas em doentes com Crohn. Até à data, não estão descritos casos de fistulização esofágica múltipla na Doença de Crohn. Os autores apresentam iconografia endoscópica em vídeo.

114. ENDOMETRIOSE DIGESTIVA

A.L. Sousa¹, R. Ornelas¹, M. Eusébio¹, A.G. Antunes¹, A. Setúbal², H. Guerreiro¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Faro. ²Serviço de Ginecologia, Hospital da Luz.

Os autores apresentam um caso de uma doente, de 38 anos de idade, seguida em consulta de Ginecologia por menometrorragias, constatando-se pólipos uterinos endometriais cujo diagnóstico histológico não revelou malignidade. Foi solicitada observação pela Gastreenterologia por apresentar hematoquécia de sangue vivo, de surgimento concomitante com a menstruação. Realizou rectossigmoidoscopia, tendo-se observado, aos 23 cm da margem anal, lesão procidente, com mucosa granular e friável, ocupando cerca de metade do lúmen. A histopatologia revelou apenas ligeira congestão vascular. Posteriormente, efetuou colonoscopia, que confirmou os achados anteriormente descritos, e excluiu lesões nos restantes segmentos do cólon. O exame histológico não evidenciou alterações significativas. Realizou ressonância magnética (RM) pélvica, observando-se no recto médio e alto, bem como na transição rectossigmoideia, segmento irregular e heterogéneo com lúmen estreito e hiperintenso, que adquire uma posição em “ferradura”; visualizou-se, igualmente, imagem irregular, hiperintensa e heterogénea, de localização justaparietal, compatível com foco de endometriose pélvica, na parede intestinal. Perante o quadro clínico e as alterações descritas na RM, admitiu-se a presença de endometriose na parede intestinal, na transição do recto alto para o cólon sigmoide. Foi discutido o caso com Ginecologia e Cirurgia, optando-se pela terapêutica cirúrgica, que a doente aguarda. A endometriose é a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, sendo os casos de atingimento intestinal muito menos frequentes relativamente aos dos órgãos reprodutores. Ao

contrário do caso apresentado, é habitual que o envolvimento intestinal seja assintomático e com pouca relevância clínica. Dadas as limitações da endoscopia e da histologia para o seu diagnóstico, a suspeição de endometriose deve estar presente na investigação de mulheres jovens, particularmente quando se apresentam com rectorragias e/ou dor coincidentes com o período menstrual. Atualmente, a RM assume uma distinta importância na avaliação diagnóstica e no planeamento terapêutico. Apresenta-se iconografia.

115. MEDIASTINITE ESCLEROSANTE - UMA DOENÇA RARA, VALOR DA ECOENDOSCOPIA

T. Pinto Pais, S. Fernandes, L. Proença, C. Fernandes, I. Ribeiro, J. Silva, S. Fernandes, L. Proença, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

A mediastinite esclerosante é uma doença rara, caracterizada por tecido fibrótico mediastinal obstrutivo extenso, que mimetiza uma neoplasia e pode condicionar compressão/invasão das estruturas mediastinais. As principais causas são histoplasmo e tuberculose, mas por vezes idiopática. O diagnóstico histopatológico geralmente é difícil exigindo métodos invasivos. Os autores apresentam o caso clínico de um homem com 55 anos, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, excesso ponderal, hipocoagulado por fibilização auricular e doença arterial periférica, polimedicado, que desenvolveu lesões cutâneas intermitentes tipo vasculite, predominantemente nos membros inferiores. Efetuou Tomografia Computorizada onde se observou massa no mediastino posterior, peri-esofágica, que se estende desde o espaço sub-carinal ao longo de 7 cm, em provável relação com conglomerado adenopático; sem outras alterações nomeadamente no parênquima pulmonar. Realizou Ultrassonografia endoscópica para caracterizar a lesão mediastínica com Punção por Biópsia Aspirativa (PBA). Observou-se volumosa massa mediastinal isoecoecénica, entre os 30 aos 36 cm da arcada dentária superior, com áreas de fibrose central, bem delimitada, e conglomerado adenopático associado. Procedeu-se à PBA com agulha de 22G em 3 passagens, que decorreu sem complicações. Obteve-se material para citologia e histologia que revelou tecido fibroconjuntivo com fibrose e esclerose, linfócitos pequenos e histiócitos dispersos, identificando-se formação de granulomas epitelioides sem necrose. Devido à forte suspeita de causa neoplásica, decidiu-se realizar mediastinoscopia com biópsia da lesão, cujo estudo histopatológico confirmou processo inflamatório crónico fibrótico-necrótico negativo para microorganismos nas colorações pela prata, PAS e Ziehl-Nielsen. Achados compatíveis com a hipótese de Mediastinite Fibrosante. Acompanhado ambulatoriamente, mantém-se assintomático e estável do ponto de vista clínico. Os autores o caso clínico e respetiva iconografia de patologia rara, a mediastinite fibrosante/esclerosante, excepcionalmente encontrada na prática clínica. A investigação inclui o estudo tomográfico torácico contrastado e biópsia com estudo histopatológico, salientando-se a importância da ecoendoscopia.

116. SALMONELLA GOLDCOAST: UM AGENTE RARO COM FORMA DE APRESENTAÇÃO INVULGAR

D. Trabulo, C. Cardoso, S. Ribeiro, J. Mangualde, I. Cremers, A.P. Oliveira

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal.

Os autores descrevem o caso de um doente de 28 anos, com quadro de diarreia sanguinolenta, cólicas abdominais e febre. Após cerca de 2 semanas, desenvolve artrite da coxo-femoral direita,

com necessidade de artroplastia. O líquido articular revelou-se estéril. Analiticamente apresentava padrão laboratorial compatível com quadro inflamatório agudo. Por persistência do quadro abdominal, foi submetido a rectossigmoidoscopia que revelou mucosa com áreas irregulares, hiperemiadas e erodionadas, circundadas por zonas de mucosa normal; o exame anátomo-patológico revelou congestão vascular, focos de hemorragia e infiltrado linfoplasmocitário da lâmina própria, com manutenção da arquitectura. Concomitantemente, o doente referia poliartralgias com artrite flutuante das articulações metacarpo-falângicas e sacro-ilíacas, com rigidez matinal e agravamento progressivo. O estudo microbiológico das fezes permitiu o isolamento de *Salmonella* goldcoast. O HLA-B27 revelou-se positivo, permitindo o diagnóstico de artrite reactiva pós-salmonelose. Iniciou antibioterapia com ciprofloxacina com resolução clínica do quadro abdominal e ibuprofeno com melhoria da artrite. A artrite reactiva é uma espondilartropatia seronegativa que se caracteriza como uma artrite inflamatória asséptica que ocorre 2 a 4 semanas após uma infecção bacteriana, geralmente intestinal. Está associada ao HLA-B27 em 60% dos casos, cursando com sacroileíte e oligoartrite assimétrica, predominantemente dos membros inferiores. Os autores apresentam o caso pela invulgaridade dos aspectos endoscópicos como forma de apresentação de uma infecção entérica pouco habitual, salientando os respectivos diagnósticos diferenciais e a importância do estudo microbiológico das fezes para o diagnóstico.

117. SÍNDROME DE BOUVERET: APRESENTAÇÃO INESPERADA DA DOENÇA DE CROHN

I. Ribeiro, T. Pais, C. Fernandes, R. Pinho, L. Alberto, L. Proença, I. Amaral, S. Leite, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

A síndrome de Bouveret é uma forma rara de íleus biliar, caracterizada por impacção de um cálculo a nível duodenal, devido a fístula bilio-entérica. Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos, com história de colelitíase assintomática, admitido no serviço de urgência (SU) por dor abdominal, vômitos pós-prandiais com cinco dias de evolução e emagrecimento de 15 Kg. Exame objetivo: apirético, abdómen difusamente doloroso, sem sinais de irritação peritoneal; Murphy vesicular negativo. Analiticamente: anemia microcítica/hipocrômica (Hb-11,4 g/dl), leucocitose ($21,18 \times 10^9/L$) e PCR elevada (6,76 mg/dl). Ecografia abdominal: dilatação do estômago/duodeno proximal e espessamento parietal de DII/DIII e íleon terminal; colelitíase. EDA: estase gástrica; bolbo edemaciado e ulcerado condicionando estenose intransponível, com cálculo luminal de 20 mm. TC abdominal: cálculo de 15 mm no lúmen de DII e de 7 mm no íleon distal; cálculo vesicular de 20 mm; aerobilia e fístula colecistoduodenal. Melhoria com paragem alimentar e antibioterapia. Dois meses depois, submetido a colecistectomia e encerramento de fístula colecistoduodenal. Cinco meses mais tarde, regressou ao SU por vômitos pós-prandiais associados a diarreia aquosa. EDA: bulbo congestivo e ulcerado com subestenose na transição para DII; em DII e DIII úlceras profundas de bordos bem delimitados, atingindo a papila de Vater. Colonoscopia: válvula ileocecal com subestenose e íleon com úlceras serpiginosas. Histologia: exsudado fibronecrotico; células linfóides de grande tamanho. Exame micobacteriológico negativo. Boa resposta clínica e analítica à corticoterapia. A Doença de Crohn associa-se frequentemente a litíase vesicular. A formação de fístula colecistoentérica é rara, requerendo um elevado índice de suspeita para o diagnóstico. Salienta-se uma síndrome de Bouveret como forma de apresentação atípica de Doença de Crohn.

118. TUMOR NEUROENDÓCRINO DO PÂNCREAS: METÁSTASES PULMONARES SIMULANDO PRIMÁRIO

C. Fernandes, L. Proença, S. Fernandes, T. Pinto Pais, I. Ribeiro, J. Silva, R. Pinho, J. Fraga

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/ Espinho.

A crescente incidência e prevalência dos tumores neuroendócrinos deve-se essencialmente a uma maior capacidade diagnóstica. Apesar de poderem afectar vários órgãos e sistemas, o envolvimento do sistema gastrointestinal é o mais frequente, imediatamente seguido do envolvimento pulmonar. O diagnóstico desta patologia constitui muitas vezes um enorme desafio. Os autores relatam um caso duma mulher, 47 anos, com antecedentes de tireoidectomia total por bócio multinodular, referenciada ao serviço de urgência em Dezembro de 2010 por quadro de disfagia, disфонia, astenia e emagrecimento com cerca de 1 mês de evolução, associado à presença de múltiplas adenomegalias cervicais esquerdas entre 12 e 28 mm (diagnóstico ultrassonográfico). Realizou TC cervico-toraco-abdominopélvico que revelou massa paramediastínica esquerda, irregular, com áreas centrais hipodensas por provável necrose, medindo cerca de 8 cm x 5,6 cm e múltiplas adenomegalias supraclaviculares e jugulares internas proximais, de predomínio esquerdo; Posteriormente realizada biópsia aspirativa de adenomegalia supraclavicular que mostrou aspectos citológicos, histológicos e imunohistoquímicos compatíveis com carcinoma neuroendócrino. Neste contexto, a doente foi referenciada à consulta de Pneumologia oncológica com diagnóstico de tumor neuroendócrino primário pulmonar. Realizou quimioterapia e radioterapia sem resposta. Em Julho de 2011 por quadro insidioso mas progressivo de icterícia obstrutiva, realizou ecoendoscopia onde se observaram 2 lesões nodulares hipocogénicas, na cabeça e corpo pancreático, com 38 e 15 mm, de contornos irregulares. A primeira justaposta à porção intrapancreática da VBP condicionando dilatação a montante. Realizada punção aspirativa por ecoendoscopia mostrando aspectos citológicos, histológicos e imunohistoquímicos compatíveis com tumor neuroendócrino. Posteriormente realizou CPRE para colocação de prótese biliar paliativa, com alívio parcial da colestase. Interpretado como carcinoma neuroendócrino primário do pâncreas sendo referenciada para consulta de oncologia médica. Os tumores neuroendócrinos do pâncreas têm elevada capacidade de metastização, sendo o pulmão um dos órgãos alvo. Após diagnóstico de células tumorais neuroendócrinas é essencial investigação clínica adequada para identificação do tumor primário.

119. UMA ALTERNATIVA EFICAZ NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DAS ESTENOSSES BENIGNAS DO ESÓFAGO CERVICAL

R. Herculano, I. Chapim, S. Santos, T. Bana, C. Chagas, L. Matos
Hospital Egas Moniz/CHLO.

Introdução: O tratamento de doentes com disfagia por estenose esofágica cervical após radioterapia é difícil, não sendo na sua maioria eficaz. Os autores apresentam a sua experiência na colocação de uma prótese no esófago cervical, autoexpansível e totalmente coberta (Niti-S TaeWoong Medical[®]) demonstrando dados iconográficos do procedimento.

Caso clínico: Trata-se de um doente do sexo masculino, de 67 anos, com estenose esofágica pós laringectomia e radioterapia, submetido previamente a várias sessões de dilatação esofágica que não foram totalmente eficazes. Optou-se por colocação de uma prótese auto-expansível totalmente coberta, não se tendo verificado quaisquer complicações no procedimento. Após colocação da prótese, bem tolerada, houve total regressão da sintomatologia que se mantém até à data.

Discussão: O tratamento desta estenose benigna através da prótese apresentada demonstrou ser seguro e eficaz.

120. SÍNDROME DE MÁ ABSORÇÃO - APRESENTAÇÃO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

S. Barbeiro, M. Canhoto, C. Gonçalves, B. Arroja, F. Silva, I. Cotrim, H. Vasconcelos, P. Soares, L. Pinto

Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, Hospital de Santo André.

Introdução: A Macroglobulinemia de Waldenström (MW) é uma doença linfoproliferativa maligna caracterizada por infiltração linfoplasmocítica da medula óssea e por produção monoclonal de imunoglobulina M (IgM). O envolvimento do tracto gastrointestinal na MW é extremamente raro e, poucos foram os casos relatados de associação entre a MW e linfangiectasias intestinais.

Caso clínico: Apresenta-se uma doente com 66 anos e história de diarreia com 2 meses de evolução. Analiticamente apresentava anemia microcítica, sideropenia, trombocitopenia, prolongamento do tempo de protrombina e hipoalbuminemia, compatíveis com síndrome de má absorção. Os exames endoscópicos revelaram edema e alargamento difuso das vilosidades, padrão mosqueado e pálido das mucosas duodenal e do íleo. As alterações endoscópicas corresponderam na histologia a linfangiectasias intestinais. Da restante investigação efectuada destaca-se VS de 78 mm, gamapatia monoclonal (IgM Lambda), esplenomegalia e infiltrado na medula óssea compatível com Linfoma Linfoplasmocítico. A doente iniciou tratamento com Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisolona com melhoria das queixas intestinais.

Discussão: Com este caso, pretende-se mostrar as características endoscópicas das linfangiectasias intestinais bem como dar realce a uma forma de apresentação incomum da MW.

121. RETIRADO A PEDIDO DO AUTOR

122. ADENOMA HEMORRÁGICO DO INTESTINO DELGADO: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

M.J. Pereira, J.M. Romãozinho, P. Amaro, M. Ferreira, C. Sofia

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia, Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC.

Introdução: Os adenomas do intestino delgado são entidades raras e, na maioria dos casos, assintomáticos.

Caso clínico: Os AA descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 75 anos de idade, com hematoquezias abundantes com um dia de evolução. Antecedentes de adenocarcinoma do recto operado. Medicado habitualmente com AAS. Ao exame objectivo, palidez cutânea, estável hemodinamicamente, abdómen indolor e sem massas, e presença de sangue no toque rectal. Hemoglobina inicial 11,3 g/dL. Realizou endoscopia digestiva alta, colonoscopia total com ileoscopia, angiografia abdominal selectiva, cintigrafia de perfusão com Tc99m e TAC abdominal e pélvica, sem alterações. A persistência de hematoquezias abundantes, com instabilidade hemodinâmica e anemia, motivou a transfusão de um total de 14U de glóbulos vermelhos. A enteroscopia por vídeo-cápsula evidenciou a presença de 3 pequenas angiodisplasias e flebetasias nos segmentos proximais do intestino delgado, bem como dilatação do lúmen e irregularidade da mucosa a nível do íleon distal, com grande quantidade de vestígios hemáticos a jusante. A enteroscopia com duplo balão revelou uma lesão extensa, elevada, irregular e com focos congestivos no íleon distal. O estudo histológico identificou lesão adenomatosa com áreas de displasia de alto grau. O

internamento complicou-se com AVC isquémico sequelar e quadro de disfunção cerebral difusa, condicionando a realização de terapêutica curativa.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica dos adenomas do intestino delgado complicados por hemorragia, exigindo o recurso a múltiplos exames complementares de diagnóstico e a necessidade de politransfusão com glóbulos vermelhos para manutenção da estabilidade hemodinâmica, sendo particularmente interessante pela iconografia recolhida.

123. HEMATOMA ESPONTÂNEO DO CÓLON

C. Caetano, A. Rodrigues, I. Pedrito

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar do Porto.

Os hematomas espontâneos do cólon são muito raros e normalmente surgem associados a hipocoagulação ou a situações de diátese hemorrágica. Geralmente seguem um curso benigno com tratamento conservador. Homem de 59 anos com antecedentes de Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Cardiopatia isquémica, Insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise e Doença arterial periférica com bypass aorto-bifemoral. Internado por infecção da fístula arteriovenosa concebida para a realização de hemodiálise. Hipocoagulado com enoxaparina 60 mg 12h/12h desde o internamento (em ambulatório hipocoagulado com Varfarina). Ao 10º dia de internamento, apresentou hematoquezias, com queda de 4 g de hemoglobina (Hg) para 6,8 g/dl com INR e plaquetas normais. Transfundi 3 UCED e fez colonoscopia a qual mostrou hematoma ocupando metade da circunferência do cólon, numa extensão de 10 cm, desde o sigmóide proximal ao descendente distal. Manteve hipocoagulação com enoxaparina e a revisão endoscópica, 18 dias, depois foi demonstrativa de hematoma em fase de reorganização. Posteriormente, apresentou infecção do bypass aorto-bifemoral com necessidade de exérese da prótese vascular e realização de bypass axilo-femoral bilateral e colecistite aguda tendo sido submetido a drenagem percutânea. A evolução clínica foi desfavorável, acabando por falecer ao 44º dia de internamento, na sequência de choque séptico com disfunção multi-orgânica por pneumonia associada a cuidados de saúde por *Acinetobacter Baumannii*. Apresenta-se um curto vídeo.

124. LINFANGIOMA QUÍSTICO RETROPERITONEAL - UMA ENTIDADE MUITO RARA CARACTERIZADA POR ECOENDOSCOPIA

T. Pinto Pais, S. Fernandes, L. Proença, C. Fernandes, I. Ribeiro, J. Silva, S. Fernandes, L. Proença, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

Os linfangiomas quísticos são neoplasias benignas raras, na dependência provável de malformações congénitas do sistema linfático. São mais frequentemente observadas em idade pediátrica na cabeça, pescoço e axila. Menos de 1% são localizados na cavidade abdominal e o seu diagnóstico em idade adulta é de extrema raridade. A sua apresentação clínica é extremamente variável, podendo ser assintomáticos ou apresentar-se com sintomas de abdómen agudo. Os autores propõem-se apresentar caso e iconografia de patologia extremamente rara e muito poucas vezes caracterizada por ecoendoscopia. Homem de 55 anos de idade, seguido em consulta de hepatologia por alteração das provas de função hepática observadas em análises de rotina. Efectua ecografia abdominal em 2008 que demonstra parênquima hepático hiperecogénico em relação com esteatose e estrutura quística multiseptada de contornos digitiformes na cavidade peritoneal em posição para-mediana direita e supra-umbilical. Procede-se então a

ressonância magnética para melhor caracterização da lesão: lesão quística nos planos adjacentes do segmento cefálico do pâncreas, de conteúdo homogêneo, com $8 \times 7 \times 3$ cm, compatível com linfangioma quístico. Efectua então econdoscopia: no retroperitoneu, adjacente à parede da 2ª porção duodenal, observando-se formação quística com septações internas, de contornos lobulados com 7 cm de maior dimensão (plano horizontal), sem componentes sólidos. Seguido ambulatoriamente, assintomático até à data, com estabilidade dimensional da lesão descrita. Os autores apresentam caso clínico e respectiva iconografia de uma patologia muito rara, poucas vezes descrita na literatura, especialmente em idade adulta. O Linfangioma quístico retroperitoneal é raramente observado na prática clínica da econdoscopia, e poucas vezes descrita na revisão bibliográfica efectuada.

125. PNEUMATOSE GÁSTRICA: NEM SEMPRE É GRAVE!

A. Ferreira, M. Sampaio, J. Brito, A. Loureiro, C. Carranca, M. Americano

Serviços de Gastreenterologia, Radiologia e Cirurgia, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

Doente do sexo feminino, 72 anos de idade, com antecedentes pessoais de DM 2, AVC isquémico em 2008, com hemiplegia esquerda sequelar, osteoporose, obstipação crónica e fratura do colo do fémur esquerdo em 2009. Recorre ao SU por quadro suboclusivo subsequente a quadro de vômitos e diarreia com 3 dias de evolução, para o qual havia sido medicada com loperamida e metoclopramida. Ao exame objectivo evidenciava ligeira desidratação das mucosas e um abdómen que, apesar de distendido e timpanizado, se mantinha mole e indolor à palpação. Analiticamente destacava-se leucocitose com neutrofilia, PCR 117 mg/L e ligeira elevação da ureia e creatininemia. A radiografia abdominal revelou níveis hidroaéreos no intestino delgado e marcada distensão gástrica com densidade gasosa intraparietal, traduzindo pneumatose na parede do estômago. Realizou TC abdominal que confirmou a existência de uma lâmina gasosa na espessura de toda a parede gástrica, identificando, ainda, a presença de pneumoperitoneu e pneumomediastino. A doente foi internada para vigilância e hidratação endovenosa, registando-se uma evolução rapidamente favorável e normalização laboratorial ao 3º dia. A TC de controlo ao 3º dia demonstrou significativa absorção do enfisema gástrico, pneumomediastino e peritoneu e a EDA ao 4º dia mostrou apenas discreta congestão da mucosa gástrica. As hemoculturas foram negativas. A doente teve alta após uma semana. A iconografia radiológica obtida surge habitualmente associada a doentes críticos com gastrite enfisematosa, frequentemente fatal. Contudo, a presença de gás na espessura da parede gástrica associa-se a um espectro clínico variado, podendo ser assintomática ou cursar com uma clínica frustrante, como no caso que ora se apresenta. O interesse deste caso prende-se com a importância da correlação entre a clínica e a imagiologia.

126. COLEDOCOSCOPIA ACIDENTAL

A. Ferreira, L. Silva, L. Contente

Serviço de Gastreenterologia e Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

Doente do sexo feminino, 87 anos de idade com antecedentes de HTA e osteoartroses, medicada com lbersartan e trimetazidina, trazida ao SU por quadro de melenas com quatro dias de evolução. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável com TA 99/58 mmHg e FC 88 bpm, eupneica e apirética. Ao exame objectivo destacava-se acentuada palidez cutâneo-mucosa e presença de melenas ao toque rectal. Analiticamente evidenciava anemia (Hb

7,0 g/dL) normocrómica, normocítica, ligeira ferropenia e elevação isolada do azoto ureico. A EDA urgente com endoscópio de 5 mm revelou esófago de Barrett e úlcera escavada da face inferior do bolbo duodenal, cujo fundo dava acesso à via biliar extrahepática, a qual se percorreu até à bifurcação, não se tendo observado alterações da sua parede. O trânsito gastro-duodenal confirmou a existência de aerobilia bem como a presença e localização da fístula colédoco-duodenal, com impregnação subsequente da árvore biliar intra-hepática. A doente foi transfundida com um total de 3 UCE não se tendo verificado recidiva hemorrágica. Dada a ausência de sintomatologia biliar e o risco cirúrgico da doente, optou-se por uma atitude expectante face à fistulização enterobiliar. Os autores apresentam a iconografia endoscópica e radiográfica do caso, com destaque para a imagem de coledocosopia obtida.

127. GASTROPATIA ISQUÉMICA

A. Albuquerque, H. Cardoso, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Homem de 72 anos admitido por hematemese, com antecedentes conhecidos de diabetes Mellitus tipo 2 insulín-dependente com atingimento de órgãos alvo, retinopatia, cardiopatia, nefropatia (insuficiência renal crónica em hemodialise), neuropatia e arteriopatia (amputação de ambos os membros inferiores). Após estabilização foi submetido a endoscopia alta que revelou mucosa com edema, eritema, ulcerada, com coloração violácea e exsudado no fundo e áreas do corpo gástrico sugestiva de isquemia gástrica, confirmada por exame histológico. Dadas as comorbilidades e a estabilidade clínica, optou-se por terapêutica conservadora sem recurso à cirurgia. Teve uma boa evolução clínica, e a reavaliação endoscópica, após 3 semanas, mostrou cicatrização da mucosa. A gastropatia isquémica é uma patologia rara dada a rica vascularização gástrica. O diagnóstico é por vezes tardio, mas deve ser suscitado em doentes factores de risco para uma diminuição da perfusão gástrica com hemorragia digestiva alta. A progressão para necrose gástrica e consequentemente peritonite e sepsis tem elevada mortalidade.

128. APRESENTAÇÃO INVULGAR DE COLITE ASSOCIADA AO CLOSTRIDIUM DIFFICILE

D. Trábulo, C. Cardoso, S. Ribeiro, J. Mangualde, I. Cremers, A.P. Oliveira

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 37 anos, com queixas de diarreia aquosa, febre, anorexia e dor abdominal. Uma semana antes do quadro foi medicada com antibióterapia para infecção urinária. Laboratorialmente apresentava anemia, hipoalbuminemia, leucocitose e elevação da PCR. As serologias virais, incluindo VIH, eram negativas. Foi submetida a rectossigmoidoscopia, que mostrou áreas circulares de mucosa com exsudado central, rodeadas por halo de hiperémia e circundadas por zonas de mucosa normal, não se observando pseudomembranas. As biópsias revelaram um processo inflamatório moderado, com aspectos sugestivos de etiologia infecciosa. A toxina do Clostridium difficile foi positiva em 3 amostras. Iniciou metronidazol 500 mg tid oral durante 14 dias, com resolução do quadro clínico. Apesar da presença de pseudomembranas ser importante para o diagnóstico de colite associada a C. difficile, as mesmas apenas são detectadas em 50% dos casos. Nos doentes imunodeprimidos, estas não são formadas devido à ausência de reacções imunes. Nestes casos, a sigmoidoscopia pode revelar apenas aspectos de colite inespecífica, difusa ou irregular. Os autores apresentam o caso pela apresentação

endoscópica atípica de uma colite associada ao *C. difficile*, sem pseudomembranas, numa doente imunocompetente, concluindo pela importância da pesquisa da toxina do *C. difficile* como uma ferramenta essencial para o diagnóstico.

129. CARCINOMA EPIDERMÓIDE ANAL E ADENOCARCINOMA DA SIGMÓIDE: UM DOENTE, 2 NEOPLASIAS

C. Freitas, G. Serrão, C. Sousa Andrade, R. Teixeira

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Central do Funchal.

Os autores apresentam, com documentação iconográfica, o caso de um homem 70 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e cardiopatia isquémica, referenciado à consulta de Gastreenterologia por tenesmo rectal, diarreia com 3 meses de evolução caracterizada por cerca de 15 dejetos diários, seguidas de rectorragia em pequena quantidade. O toque rectal era doloroso, sem lesões detectáveis a nível rectal. Realizou colonoscopia total onde se verificou lesão ao nível do canal anal, semi-circunferencial, de consistência dura e friável. Mostrou ainda segunda lesão vegetante aos 40 cm da margem anal com aspecto neoplásico, franqueável. As biopsias revelaram adenocarcinoma moderadamente diferenciado na lesão da sigmóide e carcinoma pavimento-celular moderadamente diferenciado na lesão anal. A Ressonância magnética pélvica confirmou volumosa lesão do canal anal e com extensão crânio-caudal de 38 mm, com espessamento concêntrico parietal de 12 mm e limites bem delimitados. O doente foi prontamente referenciado para Cirurgia Geral e Oncologia. Estão descritos alguns casos de tumores rectais em que, na mesma lesão, há coexistência de adenocarcinoma e carcinoma epidermoide, mas a associação sincrone entre estes dois tipos tumores em locais distintos é extremamente rara. A colonoscopia total foi essencial para o diagnóstico da lesão da sigmóide, sendo por isso um exame indispensável no estudo de qualquer hemorragia digestiva baixa.

Casos Clínicos

130. LIQUEN PLANO ORAL SECUNDÁRIO A TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB EM DOENTE COM CROHN

A. Albuquerque, S. Lopes, F. Osório, S. Rodrigues, C. Eloy, F. Magro, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Dermatologia e Anatomia Patológica, Centro Hospitalar São João, Porto.

Mulher de 60 anos, com doença de Crohn com 30 anos de evolução (classificação Montreal A2L1B2), submetida a ileocelectomia direita há 28 anos medicada com mesalazina e com seguimento irregular até 2010. Em Agosto de 2010, por persistência dos sintomas e marcadores inflamatórios elevados, realizou avaliação endoscópica tendo-se observado estenose da anastomose ileocólica, dilatada com balão TTS, e ulceração ileal. Em Setembro desse ano iniciou adalimumab em monoterapia (por intolerância à azatioprina), que a doente auto-suspendeu após 4 tomas. Na reavaliação endoscópica efectuada em Abril 2011, apresentava estenose da anastomose (novamente dilatada), com score Rutgeerts 3, tendo sido iniciado infliximab 5 mg/Kg. Para avaliação da extensão da doença no intestino delgado, e dada retenção da cápsula de patência, em Setembro de 2011, foi realizada enteroscopia de duplo balão com progressão até 100 cm a montante da anastomose ileocólica, observando-se duas estenoses ileais ulceradas e estenose da anastomose, tendo-se realizado dilatação. Foi iniciada terapêutica

combinada com 6 mercaptopurina, suspensa uma semana depois por pancreatite aguda, com necessidade de internamento. Após a 5ª toma de infliximab, inicia queixas de ardor na mucosa jugal, com o aparecimento de placas esbranquiçadas orais com padrão reticular e agravamento progressivo, limitando a alimentação e fala. Estas lesões eram compatíveis com o diagnóstico de Líquen Plano Oral (LPO), que foi confirmado histologicamente. Foi medicada com corticóides tópicos e orais com melhoria parcial. Após nova toma de infliximab houve um novo agravamento das lesões orais, com significativa limitação funcional. Foi decidido o início de terapêutica com metotrexato e a suspensão de infliximab. Até à data, estão apenas publicados dois casos de LPO secundário à terapêutica com biológico (certolizumab e infliximab) em doentes com Crohn. O LPO é uma patologia limitativa da qualidade de vida, não tem uma terapêutica eficaz e mantém-se a controvérsia quanto ao potencial de malignidade.

131. CASO DE HEPATITE AUTOIMUNE DE APRESENTAÇÃO AGUDA NA SEQUÊNCIA DA TOMA DE AMOXICILINA/ÁCIDO CLAVULÂNICO

M. Eulálio, A. Santos, A. Cipriano, R. Santos, J. Nascimento Costa

Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introdução: A hepatite autoimune pode apresentar-se de forma aguda e severa, sendo frequentemente confundida com uma etiologia viral ou tóxica. A corticoterapia é eficaz na supressão da actividade inflamatória na maioria dos casos. O atraso no início do tratamento pode ter impacto negativo no prognóstico.

Caso clínico: Homem de 71 anos, internado por hepatite aguda colestática. História recente de terapêutica com amoxicilina/ácido clavulânico. Nos dias seguintes, aparecimento de icterícia, colúria e acolia. Dos antecedentes, salientava-se fibrilhação auricular crónica medicada com varfarina. Negava consumo de álcool e de outras substâncias hepatotóxicas. Analiticamente evidenciava: AST - 40xLSN, ALT - 44xLSN, GGT - 3xLSN, fosfatase alcalina - 2xLSN, bilirrubina total/directa - 10,5/7,1 mg/dL, albumina - 3,5 g/dL e protrombinémia - < 8%. Ecografia abdominal sem alterações. Serologias para vírus hepatotrópicos negativas; IgG aumentada (17,1 g/dL). Durante a semana seguinte, apresentou agravamento analítico, atingindo AST - 84xLSN e ALT - 61xLSN. Perante as hipóteses de diagnóstico de hepatite tóxica medicamentosa e de hepatite autoimune, iniciou corticoterapia com prednisolona na dose de 40mg id. Apresentou boa resposta, com melhoria progressiva da função hepática, tendo alta ao 9º dia de terapêutica. O estudo da autoimunidade, disponibilizado posteriormente, revelou ANAs (++++), com padrão mosqueado e ac. anti-músculo liso (++++), tipo actina. A biopsia hepática revelou espaços porta com infiltrado inflamatório contendo linfócitos, plasmócitos e raros eosinófilos com extensão para os lóbulos, com lesão marcada da interface. Após 4 semanas de corticoterapia, foi associada azatioprina na dose diária de 50 mg com normalização das aminotransferases.

Discussão: Os autores salientam neste caso as dificuldades de diagnóstico diferencial, o possível papel da amoxicilina/ácido clavulânico no desencadeamento do quadro clínico e a boa resposta à terapêutica, apesar da gravidade da situação.

132. ANGINA MONOCÍTICA E ICTERÍCIA

L. Meireles, I. Marques, L. Lagos, J. Leitão, B. Rodrigues, A. Coutinho, B. Neves

Hospital Pulido Valente, CHLN.

O vírus Epstein Barr (EBV) é o principal agente responsável pela síndrome mononucleósida clássica, que atinge frequentemente indivíduos jovens e se associa a um curso clínico benigno. O

envolvimento hepático é frequente, contudo, a icterícia é uma manifestação rara e relaciona-se principalmente com fenómenos de hemólise. A icterícia resultante de colestase intra-hepática relacionada com a hepatite ao EBV é extremamente rara. Os autores descrevem o caso de um doente de 66 anos, caucasóide com diabetes mellitus tipo 2 e doença pulmonar crónica obstrutiva, que surge com um quadro clínico com 3 semanas de evolução caracterizado por astenia, anorexia, icterícia e colúria. Referia ainda, na semana precedente, quadro clínico compatível com infecção respiratória. Negava outras queixas como dor abdominal, acolia ou discrasia hemorrágica. Negava a introdução de fármacos de novo ou consumo de chás/produtos de ervanária. Ao exame objectivo tinha bom estado geral e de nutrição, estava apirético, com mucosas coradas, hidratadas e com icterícia marcada da pele e escleróticas. Não tinha estigmas de doença hepática crónica e não tinha adenopatias palpáveis. Laboratorialmente salientava-se o aumento do valor das transaminases e bilirrubina total. A ecografia do abdómen com doppler visceral e a tomografia computadorizada abdominal e pélvica e radiografia do tórax e o ecocardiograma não demonstravam alterações. No internamento, verificou-se elevação dos valores da bilirrubina até ao máximo de 15,2 mg/dL, sem alterações dos valores do INR ou do factor V. As serologias do EBV foram positivas para os anticorpos de fase aguda. Foram excluídas outras causas de icterícia intra-hepática. A icterícia colestatia é uma manifestação rara da hepatite aguda ao EBV que ocorre por compromisso da excreção canalicular da bilirrubina e destruição dos colangiocitos. Com o presente caso clínico os autores salientam a importância de lembrar a infecção a EBV nos doentes com hepatite aguda e colestase.

133. PANCREATITE AGUDA DE CAUSA ENDÓCRINA

A. Nunes, C. Fonseca, I. Nascimento, M. Carlos, P. Borralho, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Doente do sexo masculino, com 72 anos de idade, com hábitos alcoólicos moderados e antecedentes pessoais de litíase renal, prostatectomia por hiperplasia benigna da próstata e pancreatite aguda. Internado por pancreatite aguda que se manifestou por epigastralgia intensa com irradiação em cinturão para o dorso, acompanhada de vômitos, com um dia de evolução. Ao exame objectivo salienta-se bom estado geral, apirético, hemodinamicamente estável, com desconforto à palpação profunda do epigastro. A avaliação laboratorial inicial revelou leucocitose ($12.200 \times 10^9/L$), PCR 18,6 mg/dL, amilase 2.522 UI/L, LDH 457 UI/L, glicose 113 mg/dL e cálcio sérico 11,9 mg/dL. Os métodos de imagem (ecografia e ressonância magnética abdominal) identificaram hemangiomas hepáticos, ausência de dilatação das vias biliares ou litíase da vesícula e globosidade da cabeça pancreática sem dilatação do Wirsung. Durante o internamento verificou-se melhoria rápida do quadro de dor abdominal acompanhado de descida da amilase. Da restante avaliação analítica efectuada salienta-se perfil lipídico normal e elevação da hormona paratiroideia (131,8 pg/mL). Para investigação de hiperparatiroidismo primário realizou cintigrafia das paratiroideias. Identificou-se um adenoma da paratiroideia inferior direita que foi submetido a paratiroidectomia radioguiada, que confirmou o diagnóstico. O hiperparatiroidismo primário é causa de pancreatite aguda em menos de 1% dos casos. O dado clínico mais importante para a sua identificação é a hipercalcémia. No entanto, nos casos de pancreatite mais grave, o cálcio poderá descer para valores dentro dos parâmetros da normalidade, mascarando uma hipercalcémia prévia. Os doentes poderão apresentar vários episódios de pancreatite aguda até estabelecimento do diagnóstico e correcção do hiperparatiroidismo.

134. ICTERÍCIA OBSTRUCTIVA E PANCREATITE EM CRIANÇA: ETIOLOGIA CONGÉNITA OU ADQUIRIDA?

P. Horta, M.F. Lopes, C. Piedade, I. Costa, A. Reis

Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Os autores relatam o caso de uma criança do sexo feminino com 4 anos de idade, ex-prematura de 29 semanas, sem outros antecedentes pessoais de relevo. Apresentou-se com cólicas abdominais e esteatorreia, tendo-se isolado *Cryptosporidium parvum* nas fezes. Cerca de 20 dias depois foi admitida por pancreatite e icterícia obstrutiva. Nos antecedentes familiares havia a referir o diagnóstico de colite ulcerosa no pai. Foram investigadas várias hipóteses de diagnóstico, incluindo: pancreatite relacionada com criptosporidiose, quisto do colédoco, colangite esclerosante primária, colestase intra-hepática familiar progressiva e tumor pancreático. A avaliação por colangio-RM identificou dilatação da árvore biliar intra-hepática e dilatação fusiforme da via biliar principal, com heterogeneidade da cabeça do pâncreas, achados compatíveis com quisto do colédoco tipo IV complicado de pancreatite. Foi decidida laparotomia que permitiu o diagnóstico definitivo de anomalia congénita das vias biliares, consistindo em inserção baixa do canal cístico (na porção intrapancreática da via biliar principal) e quisto do colédoco tipo IV. O pâncreas encontrava-se tumefacto e endurecido na porção cefálica, tendo sido feita biópsia que revelou pancreatite crónica. Foi feita excisão do quisto e hepaticojunostomia em Y de Roux. Boa evolução clínica pós-operatória, com desaparecimento das queixas. Analiticamente houve remissão das alterações das provas hepáticas e das enzimas pancreáticas e assistiu-se à resolução ecográfica da dilatação da via biliar intra-hepática e quase normalização da ecogenicidade pancreática. Sem evidência clínica ou analítica de insuficiência pancreática. A patologia das vias biliares em crianças é rara e inclui um amplo espectro de doenças que podem manifestar-se por sintomas clínicos e achados laboratoriais ou radiológicos semelhantes, o que dificulta o seu diagnóstico preciso. Este caso foi um dilema diagnóstico por causa da condição subjacente e história médica e familiar passada. O diagnóstico definitivo consistiu em inserção baixa do cístico e quisto do colédoco tipo IV, que condicionaram pancreatite crónica. Os autores descrevem a investigação diagnóstica e a abordagem.

135. POLIPOSE JUVENIL INFANTIL EM CRIANÇA COM MUTAÇÃO DO GENE PTEN E BMPR1A

P. Horta, C. Cunha, S. Almeida, R. Ferreira, M.F. Lopes

Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Os autores relatam o caso de uma criança com síndrome genética com polipose juvenil. Trata-se de uma criança seguida em várias consultas por atraso de desenvolvimento psico-motor, macrocefalia, comunicação inter-auricular e persistência do canal arterial operadas e anomalias esqueléticas (hipoplasia das clavículas, 11 costelas, rectificação das cabeças do fémur e plagiocefalia) e anemia hipocrómica microcítica crónica refractária ao tratamento com ferro. Foi encaminhada para a consulta de cirurgia aos 3 anos por prolapso rectal e distensão abdominal e obstipação crónica. Após exclusão de anomalia de inervação intestinal por biópsias de aspiração rectal, foi submetido a apendicostomia aos 6 anos de idade para descompressão intestinal intermitente e realização de clisteres de limpeza. Durante esta cirurgia foram diagnosticados volumosos pólipos rectais cujo diagnóstico histológico revelou tratarem-se de pólipos juvenis. O estudo genético identificou uma deleção em 10q23 englobando os genes PTEN e BMPR1A. Foi avaliado por entero-RM que identificou também pólipos a nível do delgado, em menor número. Por enteropatia exsudativa e

hemorragia digestiva baixa crónica, com hipoalbuminémia e anemia crónicas de difícil controle, foi submetido a colectomia sub-total e anastomose ileo-rectal, excisão de pólipos do íleon por enteroscopia e excisão de pólipos do coto rectal por colonoscopia intraoperatória. A peça operatória confirmou o diagnóstico de polipose juvenil, com mais de 100 pólipos ao nível do cólon e 21 pólipos excisados endoscopicamente. Após a cirurgia assistiu-se a uma melhoria gradual do estado geral e recuperação hematológica. Seguimento atual por gastro-médica para vigilância e eventual polipectomia endoscópica. Os autores pretendem apresentar um caso clínico de extrema raridade e complexidade. A polipose juvenil infantil é a forma mais grave de polipose juvenil e caracteriza-se por polipose hamartomatosa com afectação desde o estômago até ao recto, geralmente diagnosticada nos primeiros anos de vida. Manifesta-se precocemente por retorragia ou diarreia com muco e sangue, anemia, dor abdominal, invaginação intestinal e às vezes prolapso retal dos pólipos. Dado o risco de malignização a longo prazo, é importante a sua vigilância endoscópica e eventual polipectomia. No caso de polipose exuberante, malignização ou hemorragia incontrolláveis pode ser necessário proceder a colectomia.

136. ATRASO DE CRESCIMENTO COM DÉFICES NUTRICIONAIS E EOSINOFILIA: 10 ANOS PARA O DIAGNÓSTICO

R. Küttner Magalhães, F. Teixeira, T. Moreira, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, O. Lima, I. Pedroto

Serviços de Gastreenterologia, Pediatria e Anatomia Patológica, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 18 anos, seguida em consulta de Pediatria desde os cinco por infeções recorrentes das vias aéreas superiores, asma, atopia e rinite alérgica. Desde há 10 anos com episódios de dor e distensão abdominal, náuseas, vômitos alimentares e diarreia, por paroxismos, durante os quais, referia perda ponderal e astenia. Desde então constatado atraso de crescimento, anemia microcítica hipocrômica, ferropenia e eosinofilia. Medicada com omeprazol, levocetirizina, fluticasona e terbutalina. Enviada à consulta de Gastreenterologia por agravamento da sintomatologia e diminuição do período livre de sintomas. Sem alterações de relevo ao exame objectivo. Ecocardiograma transtorácico, radiografia torácica e ecografia abdominal sem alterações. Mantinha anemia e eosinofilia. Serologia para Doença Celíaca negativa. Coproculturas, parasitológico e pesquisa de ovos nas fezes negativos. A endoscopia digestiva alta revelou gastropatia eritematosa do corpo e antro. A histologia das biópsias do antro evidenciou mucosa com fibrose e infiltrado inflamatório com linfócitos, plasmócitos e abundantes eosinófilos (> 100/Campo Grande Ampliação). Colonoscopia e enterorressonância magnética sem alterações. A ssuimido diagnóstico de GE mucosa e iniciada alimentação isenta em alérgenos, durante 6 semanas, sem sucesso. Realizou corticoterapia sistémica durante 8 semanas, assistindo-se à resolução sintomática completa e normalização da contagem eosinófilos periféricos. Desde então mantém níveis flutuantes de eosinofilia periférica com sintomas esporádicos. Actualmente medicada com cetotifeno e montelucaste com um seguimento de 2 anos.

Discussão: A Gastreenterite Eosinofílica (GE) é uma doença rara, com manifestações clínicas e achados imagiológicos inespecíficos, cujo diagnóstico requer alto índice de suspeição. O caso descrito realça a necessidade de reconhecer a hipótese diagnóstica de GE na presença de um doente com clínica prolongada de sintomas gastrintestinais, eosinofilia periférica e história de asma e atopia. O tratamento atempado desta entidade permite aliviar a

sintomatologia, muitas vezes incapacitante e reverter défices nutricionais potencialmente graves em idades precoces.

137. TUBERCULOSE DISSEMINADA DURANTE TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB

R. Küttner Magalhães, M. Salgado, T. Moreira, M.J. Magalhães, P. Salgueiro, P. Lago, R. Vizcaino, M. Certo, I. Pedroto

Serviços de Gastreenterologia, Radiologia e Anatomia Patológica, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 26 anos, com Doença de Crohn A2, L1+L4, B1, diagnosticada em 2009, na altura com Prova Tuberculínica (PT) arreactiva. Em Janeiro de 2011 iniciou azatioprina 50 mg/dia, interrompida por pancreatite aguda. Cinco meses depois, realizou novamente PT, repetida 14 dias depois, sendo ambas arreactivas. A radiografia torácica manteve-se sem alterações. Iniciou terapêutica com infliximab 5 mg/Kg (duas infusões sem intercorrências). Não realizou a 3ª infusão por febre vespertina, associada a tosse seca e astenia. Ao exame objectivo salientavam-se a febre (Tax 39,5 °C), adenopatias duras, pouco móveis, no cavado supraclavicular esquerdo e hepatomegalia. Analiticamente apresentava Hg: 10,3 g/dl, ferropenia, PCR 63 mg/l, VS 84 mm e serologias víricas negativas. PT com 27 mm de induração. Quantiferon positivo. TC torácica com conglomerado de adenopatias, com aspecto necrótico nas regiões supraclaviculares, mediastino, celiacas, inter-aorto-cava e latero-aórticas; derrame pleural bilateral de pequeno volume; micronódulos dispersos no parênquima pulmonar; hepatomegalia heterogênea; esplenomegalia com micronódulos dispersos. A histologia da biópsia excisional de adenopatias supraclaviculares revelou linfadenite granulomatosa necrosante e o estudo histoquímico com técnica de Ziehl-Neelsen bacilos álcool-ácido resistentes. A técnica de PCR (polymerase chain reaction) demonstrou positividade para *Mycobacterium tuberculosis*. Assumido então o diagnóstico de tuberculose disseminada. Iniciou isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol e piridoxina, com apirexia ao 2º dia de terapêutica.

Discussão: A utilização de agentes anti factor de necrose tumoral alfa (anti-TNF α), demonstrou uma eficácia evidente no tratamento da Doença Inflamatória Intestinal, mas as preocupações relativas à sua segurança clínica mantêm-se. Pretende-se relevar o risco aumentado de reactivação de tuberculose, em doentes sob terapêutica com anti-TNF α . Salienta-se a importância de manter vigilância clínica apertada e questiona-se o papel da negatividade de PT mesmo na ausência de imunossupressão.

138. DOENÇA CELÍACA REFRACTÁRIA: O QUE FAZER QUANDO SE ESGOTAM AS OPÇÕES TERAPÊUTICAS DISPONÍVEIS?

A. Fernandes, J. Carvalheiro, M.J. Pereira, S. Giestas, R. Ferreira, M. Ferreira, S. Mendes, Z. Romão, C. Agostinho, R. Mesquita, C. Sofia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Doença Celíaca Refractária (DCR) é uma complicação grave, embora pouco frequente, da Doença Celíaca (DC). Nestes casos, a terapêutica com Cladribina e o transplante autólogo de medula óssea (TAMO) podem ser uma opção, mas os resultados a longo-prazo ainda são incertos.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, com diagnóstico de DC seronegativa em 2008, internada em 2010 por manutenção do quadro de diarreia crónica, anorexia, desnutrição grave (IMC: 12 kg/m²) e desequilíbrios hidro-electrolíticos, apesar da dieta sem glúten.

Evidência histológica de atrofia grave da mucosa duodenal (estádio Marsh IIB) e diagnóstico de jejunoileite ulcerativa em enteroscopia per-operatória. Excluídas outras etiologias de atrofia vilositária. Por suspeita de DCR tipo 2 foi instituído tratamento com budesonido (9 mg/dia) e posteriormente com prednisolona (1 mg/kg/peso). Dada a refratariedade à terapêutica, o caso foi discutido e revisto por centro de referência europeu tendo sido sugerido tratamento com cladribina, que realizou em Outubro de 2010 (ciclo único de 5 mg/m²), com boa resposta clínica, nutricional (IMC: 20 kg/m²) e analítica, mantendo, no entanto, estágio Marsh IIB histológico. Em Abril de 2011, novo agravamento clínico e analítico, com necessidade de alimentação parentérica. Pela ausência de resposta à cladribina, foi proposta para TAMO, efetuado em Outubro de 2011. Atualmente, 5 meses após TAMO, a doente mantém quadro de anorexia, malabsorção e desnutrição graves (IMC: 15 kg/m²), embora sem diarreia. Histologicamente regista-se persistência de estágio Marsh IIB.

Discussão: A DCR tipo 2 é uma patologia rara e de difícil diagnóstico. A sua abordagem terapêutica é complexa, existem poucas opções, de eficácia ainda não completamente demonstrada, e que não estão suficientemente validadas. A falência das terapêuticas instituídas neste caso motiva a discussão relativamente à estratégia a adotar.

139. SÍNDROME DE CHILAITIDI ASSOCIADA A VOLVO DO SIGMÓIDE E COLITE ISQUÉMICA

M.J. Pereira, J. Carvalheiro, A. Fernandes, Z. Romão, R. Mesquita

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Geral.

Caso clínico: Os AA apresentam o caso de uma doente, de 64 anos de idade, com quadro de dor nos quadrantes esquerdos do abdómen, diarreia com sangue e febre, com dois meses de evolução e internamentos prévios por este motivo. Antecedentes de epilepsia, obstipação, carcinoma da mama operado e polimedicada. Ao exame objectivo, apresentava fácies de dor, palidez cutânea, abdómen distendido e doloroso à palpação, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem sinais de irritação peritoneal, e edemas dos membros inferiores. Analiticamente: anemia (hemoglobina: 11 g/dL), trombocitose (361.000/uL), PCR elevada (26 mg/dL) e hipoalbuminemia. Radiografia do abdómen, com distensão gasosa do cólon esquerdo e aparente imagem de torção no sigmóide. A ecografia abdominal mostrava espessamento parietal difuso do sigmóide com peristalse diminuída. Realizou colonoscopia, através de cólon redundante e angulado, que evidenciou no sigmóide, de forma circunferencial e contínua, mucosa nodular, esboçando pseudopólipos, congestiva, friável, com aspecto em "pedra de calçada" e com focos de hemorragia subepitelial. Realizou TAC abdominal após endoscopia, que identificou segmento estenosado e espessamento parietal a nível da transição sigmóide-descendente e recto-sigmóide; e ingurgitamento da veia mesentérica inferior. O estudo das fezes foi negativo. A histologia do cólon identificou lesão inflamatória compatível com isquémia. Realizou terapêutica médica, com melhoria clínica e radiológica. Ocorrido reinternamento na semana seguinte, com recorrência da dor abdominal, evidenciando na radiografia do abdómen distensão gasosa do cólon, sugestiva de volvo da sigmóide e interposição do cólon no espaço hepatodiafragmático - sinal de Chilaiditi; e achados endoscópicos semelhantes aos descritos no internamento anterior. Foi orientada para Cirurgia e submetida a ressecção segmentar do sigmóide.

Discussão: A interposição do cólon no espaço hepatodiafragmático associado a volvo do sigmóide recorrente e colite isquémica, constitui uma associação clínica extremamente rara, com poucos

casos descritos na literatura. Pela raridade do caso os autores apresentam a iconografia imagiológica, endoscópica e histológica recolhida.

140. IPMN E CARCINOMA DO RECTO CONCOMITANTES: UM DESAFIO TERAPÊUTICO

C. Fidalgo¹, I. Figueiredo², S. Faías¹, J. Pereira da Silva¹, R. Casaca², A. Bettencourt², A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Cirurgia, IPOLFG, EPE.

Homem de 64 anos com diabetes insulino-tratada e emagrecimento de 50 Kg com dois anos de evolução. Diagnóstico recente de adenocarcinoma do recto, em cujo estadiamento (T3N1M0), foi diagnosticada lesão quística do pâncreas. EUS: dilatação de todo o Wirsung e atrofia pancreática, com lesão multilobular de 5 cm, com nódulos parietais na cabeça/corpo. FNA-contaminante gástrico. Dois meses após EUS-FNA é internado com dor epigástrica (irradiação em cinturão), febre e elevação dos parâmetros inflamatórios, mas amilase normal. TC revelou IPMN e duas colecções peri-pancreáticas. EUS mostrou tracto fistuloso entre quisto pancreático e a maior colecção, sugerindo rotura, e a punção desta revelou pús com isolamento de E. Coli, CEA e amilase aumentados. Sob antibióterapia dirigida, melhoria significativa com fistula espontânea para o estômago. Optou-se por RT ao recto (25 Gy em 5 dias) seguida de pancreatectomia total e toilette peritoneal. Intraoperatoriamente observaram-se aderências a pilar do diafragma e grande curvatura gástrica, obrigando a esofagectomia distal e gastrectomia. Pós-operatório com fistula biliar, necessidade de reintervenção (colocação de tubo em T). A peça operatória revelou IPMN com displasia de alto grau, margens negativas, com abscessos peripancreáticos, sem neoplasia. Quatro meses após pancreatectomia, o doente foi submetido a ressecção anterior do recto e a peça revelou resposta patológica completa após RT. O doente está bem e aguarda início de QT adjuvante. Este caso ilustra a dificuldade de abordagem terapêutica quando existem duas neoplasias concomitantes, o que no caso dos IPMNs ocorre em 10 a 50% dos casos, especialmente quando a sua terapêutica é multimodal (recto) e as cirurgias têm recuperação prolongada e não podem ser concomitantes. O evento agudo de rotura do IPMN, é muito raro e levantou questões sobre malignidade/eventual irresscibilidade. Salientamos que a presença de fistulização num IPMN não implica a sua malignidade, justificando sempre tentativa de cirurgia de intenção curativa. É apresentada iconografia.

141. MESOTELIOMA EPITELIÓIDE - UMA NOVA ENTIDADE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DOENÇA DE CROHN?

N. Almeida¹, F. Portela¹, D. Diogo², R. Martins², D. Oliveira³, M.J. Julião³, T. Correia¹, L. Eliseu¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Cirurgia B; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A Doença de Crohn(DC) representa um desafio para os Gastreenterologistas, considerando que há múltiplas entidades a ponderar no seu diagnóstico diferencial. Os autores apresentam o caso de um doente de 55 anos de idade, acompanhado na Consulta de Gastreenterologia (referenciado pelos colegas da Medicina Interna) por suposta DC do íleon terminal. O doente tinha sido submetido a diversos exames complementares de diagnóstico(ECD) para estudo de anemia microcítica e emagrecimento. Neste contexto realizou colonoscopia total e enteroclise por TC. Este último revelou, no íleon terminal, uma estenose com 9 cm, estratificação

da parede e imagens compatíveis com sinais do pente. Estas alterações foram interpretadas como correspondendo a DC e o doente iniciou terapêutica com messalazina e corticoides. Após melhorias iniciais verificou-se novo agravamento clínico, com astenia, adinamia, dores abdominais, sudorese, tosse seca e emagrecimento. Não havia antecedentes pessoais/familiares de tuberculose ou neoplasias gastro-intestinais. Na avaliação clínica o doente apresentava dores abdominais difusas, com defesa à palpação. Analiticamente salientava-se: Hb-8,8 g/dl; VGM-65,2fl; trombocitose-534 T/L; hipoalbuminémia-2,7 g/dl; hiperferritininémia-2721 ng/ml; elevação da PCR-23,93 mg/dl (normal-0,5 mg/dl). Foram realizados diversos ECD para pesquisa de patologias infecciosas, neoplásicas ou autoimunes. A TC abdominal mostrou marcada densificação difusa do grande epíploon, com formações nodulares pericentimétricas, espessamento nodular do peritônio e dos folhetos do mesentério, com aparente corpo estranho metálico no quadrante inferior direito. Realizou-se uma laparotomia exploradora que revelou uma volumosa massa irregular a nível peritoneal e aderência de todas as ansas intestinais. Foram colhidas biopsias para estudos microbiológicos e histológicos. Estes últimos revelaram um mesotelioma epitelióide. O doente ainda foi proposto para citorredução e quimioterapia intraperitoneal hipertermia, mas, a rápida degradação do estado geral impossibilitou esta alternativa. Refira-se que não há história de exposição ao amianto. Este caso clínico (documentado iconograficamente) demonstra uma entidade clínica rara, com uma apresentação inespecífica, que pode conduzir, erroneamente, ao diagnóstico de DC.

142. DOENÇA DE CROHN E VASCULITE LIVEDÓIDE: UMA OU DUAS DOENÇAS?

J. Machado, P. Ministro, A. Silva

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente, com 30 anos de idade, com Doença de Crohn (DC) e lesões cutâneas ulceradas nos membros inferiores. A DC foi diagnosticada após agudização aos 29 anos de idade. Trata-se de doença ileal, extensa, penetrante, medicada com azatioprina desde Dezembro de 2011. Nos antecedentes pessoais a doente referiu, aos 28 anos de idade, lesões cutâneas nos membros inferiores, refractárias à terapêutica médica instituída na altura, tendo sido efectuado enxerto cutâneo. Em Fevereiro de 2012 apresentou agudização da doença luminal e foram observadas atrofia branca e três lesões cutâneas dolorosas localizadas na região maleolar da perna direita. As características das lesões levantaram dúvidas quanto ao diagnóstico diferencial (pioderma gangrenoso vs vasculite livedóide vs DC metastática cutânea). A biópsia cutânea foi compatível com uma vasculite livedóide. O estudo complementar efectuado revelou anti-DNAs, ANA, anti-SM, pANCA, cANCA, factor reumatoide, anticoagulante lúpico, anticorpos anti-cardiolipina negativos. Estudo genético das trombofilias negativo e normocisteinémia. Foi medicada com adalimumab em Fevereiro de 2012 e anti agregante plaquetar. Apresentou melhoria clínica da doença luminal e as lesões cutâneas diminuíram de tamanho mas persistem. A vasculite livedóide é uma doença crónica rara, hialinizante, caracterizada por trombose vascular e ulceração nos membros inferiores. Pode estar associada, entre outros, a mutações dos genes MTHFR C677T, do factor V de Leiden e da protrombina (G20210A), diminuição da actividade de proteína C, anticoagulante lúpico, anticorpos anti-cardiolipina e hiper-homocisteinémia. As vasculites podem aparecer associadas à DC e preceder o quadro luminal da doença embora não sejam uma manifestação extraintestinal comum. Os autores apresentam este caso pela sua raridade e pela dificuldade do diagnóstico diferencial com o pioderma gangrenoso e DC cutânea metastática.

143. HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA

P. Sousa, C. Midões Correia, A. Gonçalves, P. Moura Santos, J. Malaquias, E. Vitorino, F. Serejo, J. Velosa

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Doente do sexo masculino, 72 anos, caucasiano com diagnósticos prévios de hipertensão arterial, doença de von Willebrand e osteoartropatia degenerativa, fazendo regularmente anti-inflamatórios não esteróides. Inicia em 2006 quadro de astenia, adinamia e cansaço fácil de instalação e agravamento progressivos sendo diagnosticada anemia ferropénica. Faz endoscopia digestiva alta que foi normal (biópsias gástricas compatíveis com gastrite crónica Hp positiva) e colonoscopia que mostrou diverticulose cólica; inicia terapêutica com ferro oral. Por manutenção da anemia, em 2010 repete estudos endoscópicos cujos resultados foram sobreponíveis aos primeiros. Recorre ao nosso Hospital no início de 2011 por quadro de melenas e hematoquezias e agravamento da anemia (Hb 7,2 g/dL) ficando internado. Repete endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sem achados de novo. Por se manter estável e sem recidiva hemorrágica o doente tem alta a aguardar realização de videocápsula endoscópica. É reinternado um mês depois por novo quadro de hematoquezias. Faz videocápsula endoscópica que sugere a existência de lesões submucosas jejunais. Faz tomografia computadorizada abdominal e entero-ressonância que não mostram alterações. Após nova recidiva hemorrágica, para clarificação do quadro fez enteroscopia de duplo balão que mostrou lesão submucosa ulcerada com cerca de 2 cm, no íleon proximal. As biopsias foram compatíveis com tumor neuroendócrino. Para complementar a avaliação são feitos doseamento de cromogranina A que está aumentada (10,5 nmol/L, normal < 6), ácido 5-hidroxindolacético que é normal e cintigrafia para receptores de somatostatina que detecta duas zonas de fixação. Decide-se ressecção da zona afectada onde são individualizados 6 tumores neuroendócrinos G1 (WHO, 2010), um dos quais invade a serosa. Trata-se de um caso de anemia crónica no contexto de tumores neuroendócrinos múltiplos sem síndrome carcinóide. A relevância do nosso caso prende-se com a raridade do mesmo como causa de hemorragia digestiva.

144. LINFOMA INTESTINAL

P. Sousa, C. Midões Correia, P. Moura Santos, F. Serejo, J. Velosa

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Doente de 43 anos, sexo masculino, caucasiano que cerca de 5 meses antes do internamento tem episódio de melenas, astenia, adinamia e emagrecimento não quantificado. Em avaliação é detectada anemia microcítica hipocrómica pelo que faz endoscopia digestiva alta que mostra hérnia do hiato, gastrite e úlcera do antro cicatrizada. Faz ecografia abdominal superior que mostra esplenomegália. Assiste-se a um agravamento progressivo do quadro de astenia e adinamia com aparecimento de dispneia de esforço que acaba por interferir com as actividades diárias. Por dispneia para esforços mínimos, palpitações e febre vespertina recorre ao Serviço de Urgência. ECG sem alterações! Laboratorialmente com anemia ferropénica (motivo pelo que é internado no Serviço de Gastrenterologia). A avaliação posterior mostrou elevação da PCR mas sem leucocitose e discreta elevação do LDH e da beta 2 microglobulina, sem outras alterações. Foi excluída infecção por BK. Para investigação da anemia, repete endoscopia digestiva alta com achados sobreponíveis aos descritos; colonoscopia - sem alterações; videocápsula endoscópica - mucosa do íleon e jejuno descontinuadamente irregular, pseudopolipóide e de aspecto infiltrado; duodenoscopia - D2, D3 e jejuno proximal com mucosa de

aspecto pseudopolipoide (biópsias). Fez tomografia computadorizada tóraco-abdômino-pélvica que mostrou, além da esplenomegália, conglomerado adenopático retroperitoneal que envolve os grandes vasos e os principais ramos emergentes da aorta. Os achados das biópsias jejunais foram compatíveis com Linfoma não Hodgkin B (CD 20+) folicular, grau 1-2. Fez biópsia óssea que mostrou infiltração moderada por linfoma folicular. Trata-se de um caso de anemia ferropénica internado no Serviço de Gastreenterologia em que a investigação leva ao diagnóstico de um LNH folicular ficando em aberto se trata de um linfoma primário intestinal ou de invasão secundária.

145. UM CASO RARO DE DISFAGIA

P. Sousa, M. Fontes e Sousa, M. Sobral Dias, P. Moura Santos, F. Serejo, J. Velosa

Serviço de Gastreenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Doente do sexo feminino, de 61 anos, caucasiana. Com diagnósticos prévios de esteatose hepática não-alcoólica, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Internada por quadro de disfagia para sólidos, odinofagia e dor retrosternal, com 3 dias de evolução. Sem febre ou outras queixas. Refere episódio auto-limitado de tosse associado a ingestão alimentar 6 dias antes do internamento. Sem alterações relevantes à observação e avaliação por otorrinolaringologia. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros de fase aguda e padrão de colestase bioquímica. Foi instituída empiricamente antibióterapia com piperacilina-tazobactam. Dos exames complementares realizados há a destacar: 1) Endoscopia digestiva alta - compressão extrínseca do esófago superior, com mucosa íntegra. 2) TC cervical e torácica - na transição cérvico-torácica esofágica identifica-se imagem com densidade de partes moles, com bolha de ar no interior, condicionando um desvio para a esquerda do esófago (abscesso vs massa tumoral); 3) Estudo baritado esofágico - progressão da substância de contraste sem obstáculo através do esófago, verificando-se um empurramento da porção inicial do segmento dorsal, sem anomalias dos contornos ou do relevo mucoso; 4) Broncofibroscopia - lesão nodular da mucosa na parede posterior subglótica, lesão nodular na parede anterior da traqueia e redução do calibre (quase 20%) do lúmen do brônquio principal esquerdo (compressão extrínseca). Foram feitas várias biópsias de ambas as lesões nodulares que foram consistentemente negativas para tecido neoplásico e microrganismos, mostrando apenas infiltrado inflamatório. A evolução clínica e laboratorial foi favorável, retomando a via oral ao 15º dia de internamento. Após 1 mês de evolução, realiza nova TC cervico-torácica que revela, na localização da massa inflamatória inicial, imagem compatível com pequeno divertículo traqueal postero-lateral direito. Admite-se a hipótese de estarmos perante um caso de diverticulite da traqueia. Este caso ilustra uma causa rara de disfagia, por patologia não esofágica.

146. PATOLOGIA ORTOPÉDICA COMO CAUSA RARA DE DISFAGIA

P. Salgueiro, R. Pimentel, R. Magalhães, M. Magalhães, P. Lago, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem de 56 anos, fumador que se apresentou com queixas de disfagia para sólidos, com 4 meses de evolução, sem sintomas acompanhantes. Foi efectuada endoscopia digestiva alta urgente que não revelou quaisquer alterações. Efectuou trânsito esofágico com contraste baritado que revelou compressão do esófago proximal ao nível de C5

condicionada por osteofitose anterior. Os achados foram confirmados posteriormente por tomografia computadorizada e ressonância magnética que mostraram coexistência de calcificação do ligamento longitudinal anterior desde D1 até D5. A manometria esofágica estacionária excluiu dismotilidade esofágica. O doente foi referenciado para consulta de ortopedia estando actualmente a aguardar cirurgia para exérese dos osteófitos.

Discussão: A disfagia é um sintoma definido como sensação subjectiva de impedimento à passagem do bolo alimentar deglutido. Perante um doente com disfagia esta deverá ser caracterizada de acordo com: localização (orofaríngea/esofágica); tipo de alimento (sólidos, líquidos ou ambos); duração e persistência (permanente/intermitente). São várias as etiologias de disfagia podendo ser divididas em causas mecânicas (intrínsecas ou extrínsecas); distúrbios da motilidade; disfagia funcional. A osteofitose cervical anterior tem uma prevalência elevada, principalmente nos idosos (20-30%) e é, na maioria dos casos, assintomática. Poderá no entanto, raramente, ser causa de disfagia por compressão esofágica extrínseca. É importante frisar que a disfagia é um sintoma de alarme e deve motivar investigação urgente para definir a etiologia exacta e iniciar terapêutica apropriada. Dada a raridade de disfagia por osteofitose anterior, esta não deve ser considerada como a causa da disfagia sem serem excluídas outras causas mais frequentes e potencialmente mais graves. O caso apresentado poderá, pelas características radiológicas, corresponder a um caso de Doença de Forestier, também conhecida como hiperostose esquelética difusa idiopática, caracterizada pela ossificação dos tendões e ligamentos na sua inserção óssea, mais frequentemente o ligamento longitudinal anterior da coluna.

147. RICKETTSIOSE ATÍPICA COM ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL

M.J. Pereira, J.M. Romãozinho, P. Amaro, M. Ferreira, C. Sofia

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastreenterologia e Hepatologia, Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC.

Introdução: A febre escaro-nodular é uma doença endémica em Portugal, causada pela infecção por duas estirpes do complexo *Rickettsia conorii* - Malish e Israeli tick typhus, cujo principal vector e reservatório é o *Rhipicephalus sanguineus*. Caracteriza-se clinicamente como uma doença exantemática, com um processo de vasculite generalizado. A hemorragia digestiva, embora rara, tem sido descrita nos casos graves de febres exantemáticas com trombocitopenia.

Caso clínico: Os AA apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 62 anos de idade, com um quadro de hematemese recentes, associadas a febre, dor abdominal, náuseas, vômitos e rash cutâneo, com 5 dias de evolução. Antecedentes de etilismo crónico. Agricultor, residente em ambiente rural. Ao exame objectivo, destacava-se, febre e exantema máculopapular no tronco e palmoplantar. Analiticamente apresentava anemia ferropénica (hemoglobina 8,0 g/dl), trombocitopenia (34.000/uL plaquetas) e insuficiência renal aguda. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou esofagite circunferencial nos 2/3 distais, manchas congestivas e focos de hematina; sangue no lúmen gástrico; antro com várias erosões serpiginosas conferindo à mucosa um aspecto “empedrado” e várias pequenas úlceras superficiais recobertas com hematina, uma delas com hemorragia activa; efectuada hemostase com 4 hemoclips e adrenalina; duodeno com erosões serpiginosas e difusas. Biópsias duodenais revelaram duodenite erosiva. Serologia positiva para *Rickettsia conorii*. Iniciou terapêutica com Doxiciclina. Pela persistência da febre e agravamento do estado de consciência realizou TAC crânio-encefálica, punção lombar e cultura do LCR, sem alterações. A EDA de revisão revelou melhoria das lesões

endoscópicas e ausência de sinais de hemorragia recente. O doente foi transferido para o Hospital da sua área de residência para continuação dos cuidados médicos.

Discussão: O caso descrito ilustra a relevância do reconhecimento das manifestações sistémicas das doenças infecciosas, no diagnóstico de doentes internados por hemorragia digestiva, sendo particularmente interessante pela iconografia endoscópica recolhida.

148. FEBRE E PANCITOPENIA NUMA DOENTE DE CROHN IMUNOSSUPRIMIDA

C. Freitas, C. Sousa Andrade, H. Morna, F. Jacinto, F. Aveiro, C. Camacho, M. Câmara, F. Capelinha, R. Teixeira

Serviço de Gastrenterologia, Serviço de Hemato-oncologia, Serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Central do Funchal.

Introdução: A infecção por citomegalovírus (CMV) é uma complicação rara nos doentes de Crohn sob terapêutica com Azatioprina, com várias formas de apresentação.

Caso clínico: Mulher, 30 anos de idade, admitida por febre, mialgias e mal-estar geral. Antecedentes de doença de Crohn com 7 anos de evolução, com 3 cirurgias prévias e sob Azatioprina (2,5 mg/Kg/dia) desde há 2 meses, por doença grave. Apresentava febre, icterícia, hepatoesplenomegalia e edemas periféricos. Analiticamente, pancitopenia (Hemoglobina 8,4 g/dL, Leucócitos 1.400/ μ L, Neutrófilos 817,6/ μ L, Plaquetas 22.000/ μ L.), Hipofibrinogénia (87,0 mg/dL), Hipertrigliceridémia (346,0 mg/dL), Proteína-C-reativa 78,11 mg/dL, Velocidade de sedimentação 83 mm, β_2 microglobulina 10,27 ng/dL, Hipoalbuminemia (23,0 g/L), Hiperferritinémia (3.063 ng/L), e alteração das enzimas hepáticas (AST 246 U/L, ALT 165,3 U/L, GGT 354 U/L, ALP 381 U/L, Bil T 11,82 mg/dL - directa 7,41 mg/dL). A tomografia toraco-abdomino-pélvica revelou hepatomegalia homogénea, hipertensão portal, espessamento do íleon distal e adenomegalias mesentéricas. A biópsia endoscópica da anastomose revelou infecção por CMV, assim como a PCR do DNA do CMV no ($2,73 \times 10^4$ cópias/ml). Suspendeu a imunossupressão e iniciou Ganciclovir endovenoso. Para excluir distúrbio linfoproliferativo, realizou-se aspirado medular, mostrando aumento do número de macrófagos com hemofagocitose. Perante o diagnóstico de Infecção sistémica grave a CMV com síndrome hemofagocítica (SHF) foi transferida para o serviço de Hematologia, onde iniciou imunoglobulina intravenosa e factor de crescimento granulocítico. Houve deterioração clínica, por pneumonia nosocomial com derrame pleural bilateral e insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e admissão em cuidados intensivos. Melhoria clínica, tendo alta ao 30º dia, sob corticoterapia oral, estando medicada actualmente com Infliximab por persistência da actividade endoscópica do Crohn.

Discussão: A infecção por CMV em contexto de terapêutica imunossupressora, associada a SHF, é potencialmente fatal. A Azatioprina parece ter um papel importante na patogénese desta síndrome. Constitui um desafio diagnóstico, sendo necessário um elevado índice de suspeição.

149. PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA CAUSADA POR UM AGENTE INCOMUM

C. Freitas, G. Serrão, C. Sousa Andrade, R. Teixeira

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Central do Funchal.

Introdução: A Peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma complicação comum nos doentes cirróticos, com mortalidade significativa. Os microorganismos mais frequentemente implicados

são as bactérias entéricas Gram negativas e alguns coccus Gram positivos. Os autores apresentam o caso de uma PBE causada por um agente incomum.

Caso clínico: Homem, 66 anos, com cirrose hepática alcoólica (CHA), admitido por prostração e dor abdominal. Encontrava-se pouco colaborante, com discurso imperceptível, desidratado, com asterixis, apirético, taquicárdico (123 bpm) e normotenso (123/75 mmHg). Apresentava sinais de hepatopatia crónica, incluindo ascite volumosa sob tensão. Das análises salientava-se leucocitose com neutrofilia, PCR 115 mg/dL e insuficiência renal aguda (Creatinina 1,8 mg/dL, Ureia 72 mg/dL). Realizou paracentese evacuadora de 7,5 L. O estudo citoquímico do líquido ascítico revelou PBE. Iniciou-se terapêutica com Cefotaxime 2 g de 8 em 8 horas e enviou-se líquido ascítico para estudo microbiológico. A evolução clínica foi desfavorável, com agravamento dos parâmetros inflamatórios e da retenção azotada. No 3º dia, a cultura do líquido ascítico revelou crescimento de *Listeria monocytogenes*. Alterou-se a antibióterapia para Ampicilina. No entanto, manteve deterioração clínica, com agravamento da função renal, depressão do estado de consciência e desenvolvimento de convulsões tónico-clónicas generalizadas, falecendo ao 8º dia de internamento por sépsis grave no contexto de PBE por *Listeria monocytogenes*.

Discussão: São poucos os casos na literatura de PBE a *Listeria monocytogenes* (cerca de 50), a maioria associados a CHA. As cefalosporinas de 3ª geração são a primeira linha no tratamento empírico da PBE. No entanto, não cobrem as espécies de *Listeria* pelo que se deve suspeitar deste agente em doentes com CHA que não respondem à antibióterapia empírica nas primeiras 48h.

150. TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA INDIVIDUALIZADA

M.J. Pereira, J. Carvalheiro, A. Fernandes, Z. Romão, R. Mesquita

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HG.

Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNE) gástricos são entidades raras (incidência de 0,2/100.000), responsáveis por menos de 1% de todas as neoplasias gástricas.

Caso clínico: Os AA apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 71 anos de idade, assintomático, com antecedentes de prostatite crónica, que realizou endoscopia digestiva alta (EDA) em ambulatório, que identificou pólipos sésseis congestivos, com cerca de 3,5 cm de diâmetro cefálico, localizado na grande curvatura do corpo baixo, pelo que foi referenciado ao Serviço de Urgência. Repetiu EDA com polipectomia e biópsias de formação polipóide sésseis diminuta do antro. O estudo histológico revelou TNE bem diferenciado desenvolvido na mucosa e submucosa, com margens de ressecção comprometidas, com índice mitótico e de proliferação celular compatível com TNE do tipo I; antro com hiperplasia de células neuroendócrinas e hiperplasia adenomatóide. A ecoendoscopia mostrou área procidente com pequena erosão, em relação com polipectomia prévia, com cerca de 1 cm de maior eixo, sem invasão da muscular própria. Apresentava hipergastrinémia sérica 1.331 pg/mL (N < 90 pg/mL). Realizou TAC do tórax, abdómen e pélvis, que não mostrou alterações. O Octreoscan identificou fixação electiva apenas a nível gástrico. De acordo com o tipo e o estadiamento tumoral (Estadio I da Classificação TNM da European Neuroendocrine Tumor Society), foi proposta gastrectomia subtotal. Apresenta-se iconografia endoscópica, histológica, imagiológica e macroscópica.

Discussão: A terapêutica dos TNE gástricos deve ser individualizada de acordo com o tipo e o estadiamento tumoral. Os tipos I e II, associados a hipergastrinémia, podem na maioria dos casos ser tratados endoscopicamente, à excepção de pólipos sésseis volumosos com margens de ressecção endoscópica comprometidas, tal como

no caso descrito, situação em que está indicada a ressecção cirúrgica. Por sua vez, os TNE do tipo III, considerados esporádicos, deverão ser alvo de ressecção cirúrgica idêntica à proposta para o adenocarcinoma gástrico.

151. COLITE E ALTERAÇÃO DOS TESTES DE FUNÇÃO HEPÁTICA: DUAS FACES DA MESMA MOEDA

A. Ferreira, A. Machado, A.C. Caetano, B.M. Gonçalves, R. Gonçalves

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Braga.

Homem de 43 anos, com antecedentes de dislipidemia é enviado para consulta de gastreenterologia por alteração dos hábitos intestinais com períodos de diarreia sanguinolenta e alterações dos testes de função hepática. Tinha efectuado colonoscopia noutra instituição que demonstrou várias erosões e eritema em todo o cólon, com atingimento contínuo, sugestivo de colite ulcerosa, cujas biópsias revelaram colite inespecífica. O estudo analítico efectuado demonstrou AST 268 U/L (15-37), ALT 299 U/L (12-78), GAMA GT 2.220 U/L (15-85) e Fosfatase Alcalina 792 U/L (50-136); Bilirrubina total 1,10 mg/dl (0,2-1,0) e Bilirrubina directa 0,60 mg/dl (0-0,2); estudo de coagulação, albumina e hemograma normais. O restante estudo virológico e auto-imune não apresentava alterações relevantes mas os testes de função tiroideia demonstraram TSH elevada de 14,400 uUI/ml com T3 e T4 ligeiramente diminuídas e anti-corpos anti-tiroideos elevados. Foi efectuada ecografia abdominal que demonstrou fígado com textura rude sem formações nodulares e vias biliares com calibre normal e ecografia da tiróide que demonstrou textura marcadamente heterogénea, ausência de nódulos e dimensão diminuída sugestivo de tiroidite. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) demonstrou vias biliares intra-hepáticas e canais hepáticos de calibre irregular, com segmentos ectasiados e outros estenosados, associando-se algum conteúdo hiperintenso em T1 sugerindo lama/cálculos - alterações concordantes com colangite esclerosante. A biópsia hepática confirmou o diagnóstico de colangite esclerosante primária com fibrose nos espaços porta e pontes porto-portais, proliferação ductal com infiltrado inflamatório polimorfo e ainda fibrose concêntrica envolvendo estruturas ductais (lesão em "bolbo de cebola"). O doente iniciou tratamento com messalazina e AUDC. A colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença colestática crónica de etiologia desconhecida, caracterizada por inflamação, esclerose e obliteração progressiva das vias biliares extrahepáticas e/ou intrahepáticas. Em cerca de 75% dos casos, a CEP é acompanhada de doença inflamatória intestinal e pode estar associada a outras doenças auto-imunes como tiroidites.

152. DOENÇA DE WHIPPLE E LINFOMA: ASSOCIAÇÃO RARA

B. Pereira¹, S. Mão de Ferro¹, S. Gomes², R. Cabrera³, P. Chaves³, A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Hematologia; ³Serviço de Anatomia Patológica. IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Homem, 64 anos, com história pregressa irrelevante, recorre ao médico assistente por quadro de astenia, anorexia e emagrecimento (> 10%), com 2 meses de evolução. Realizou análises que revelaram anemia ferropénica e VS elevada, EDA e colonoscopia normais, teste da tuberculina não reactivo, e TC com múltiplas adenomegalias mesentéricas e algumas axilares, colocando-se a hipótese de doença linfoproliferativa, pelo que foi internado para estudo. Submetido, entre outros exames, a biópsia ganglionar laparoscópica cujo estudo imunocitoquímico revelou aspectos reactivos não sugestivos de malignidade. Por inconclusão diagnóstica foi referenciado a consulta de Hematologia, verificando-se, entretanto, agravamento clínico

com aparecimento de diarreia. Realizou mielograma com medula óssea normocelular e citometria de fluxo que revelou células com fenótipo compatível com linfoma não-Hodgkin B. Perante resultado histológico prévio de adenopatia inconclusivo, foi feita excisão de gânglio axilar que mostrou macrófagos com inclusões PAS+, sugestivos de doença de Whipple ou micobacteriose atípica, sem evidência de malignidade. Repetiu EDA (3 meses após a inicial) que revelou bulbo e D2 com mucosa edemaciada e esbranquiçada, identificando-se igualmente nas biópsias macrófagos com inclusões PAS+. O diagnóstico de doença de Whipple foi confirmado por PCR positiva para DNA do *Tropheryma whipplei*. Iniciou tratamento com ceftriaxone ev e posterior manutenção com cotrimoxazol, verificando-se franca melhoria clínica, com remissão da diarreia e aumento de peso de 8 Kg após 2 semanas. Mantém vigilância e estudo do linfoma em consulta de Hematologia. A doença de Whipple é uma infecção sistémica que pode atingir praticamente qualquer órgão. Alguns casos apresentam-se com escassa sintomatologia gastrointestinal e linfadenopatias que levantam suspeita de doença maligna, conduzindo a um atraso no diagnóstico e tratamento. Os autores salientam a invulgar forma de apresentação e raridade da associação com linfoma, havendo escassos relatos na literatura. Permanece por elucidar uma eventual relação entre a infecção e o desenvolvimento de linfoma.

153. TUBERCULOSE HEPÁTICA ISOLADA

B. Pereira¹, R. Alvarez², J. Parreira², R. Rego³, S. Faia¹, P. Chaves³, A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Hematologia; ³Serviço de Anatomia Patológica. IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Homem, 59 anos, inicia quadro de febre (39 °C) intermitente, com remissão parcial ao ibuprofeno, sem outras queixas. Dois meses depois, por manutenção de febre e diaforese, foi internado para estudo. Analiticamente apresentava leucopénia, anemia e elevação da VS e PCR. Feito estudo etiológico exaustivo que incluiu Rx tórax, TC toraco-abdominal, ecocardiograma, broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e biópsias, serologias para diversos agentes infecciosos, IGRA, factores de autoimunidade, ECA, hemoculturas, urocultura, pesquisa de BK nas secreções brônquicas e sangue, inclusive em meio Lowenstein, todos eles inconclusivos. Perante as alterações hematológicas realizou medulograma com biópsia osteomedular que revelaram escassa densidade celular com 25% de tricoleucócitos. A citometria de fluxo confirmou síndrome linfoproliferativa B sugestiva de tricoleucémia. A mielocultura e pesquisa de BK na medula óssea foram negativas. Apesar de estabelecido o diagnóstico de tricoleucémia, considerou-se que os sintomas constitucionais dificilmente seriam explicáveis por esta entidade, centrando-se novamente a investigação na exclusão de patologia infecciosa, tendo-se repetido vários dos exames anteriores que mais uma vez não revelaram alterações. O doente manteve febre e sudorese profusa mesmo sob múltiplos esquemas antibióticos. Analiticamente houve agravamento da anemia e leucopénia e subida dos valores da AST (88), γ GT (830), fosfatase alcalina (481) e bilirrubina (2,09). Efectuou-se biópsia hepática que revelou granulomas epitelióides necrotizantes, sugestivos de tuberculose. A cultura em meio Lowenstein da biópsia hepática foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis* conduzindo ao diagnóstico de tuberculose hepática. Sob terapêutica antibacilar quádrupla, assistiu-se a melhoria clínica rápida e regressão das alterações analíticas. Das várias formas de tuberculose hepática descritas o envolvimento difuso sem evidência de infecção noutros órgãos é das menos frequentes. Destaca-se a ausência de alterações imagiológicas e pesquisa negativa de BK nos restantes produtos avaliados que incluíram o lavado broncoalveolar e a biópsia brônquica, tendo o

diagnóstico apenas sido possível em exame cultural de biopsia hepática.

154. HEMOSTASE DE VARIZ GASTROESOFÁGICA COM CIANOACRILATO, EM DOENTE CIRRÓTICO COM HEMOFILIA A GRAVE

R. Küttner Magalhães, M. Salgado, R. Marcos Pinto, J.M. Ferreira, T. Moreira, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, S. Morais, I. Pedrito

Serviços de Gastrenterologia; Serviço de Hematologia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 65 anos, com Hemofilia A grave, Hepatite C Crónica nunca tratada com progressão para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (CHC) multifocal. Encontrava-se em Child Pugh Turcotte C, Recorreu ao SU por hematemese com duas horas de evolução. À admissão encontrava-se consciente, com pressão arterial de 90/60 mmHg, frequência de pulso de 140 bpm, Hg de 7,4 g/dL e plaquetas de 101.000 μ L. Procedeu-se a reposição de volume, transfusão de concentrado de eritrócitos, Factor VIII e infusão de terlipressina. Realizou endoscopia digestiva alta na qual se identificaram varizes gastroesofágicas grandes, com coágulo fresco em variz gastroesofágica de tipo 1 (GOV1), tendo-se procedido a injeção de 1 cc de N-butil-cianoacrilato (histoacryl®) diluído em 1 cc de lipiodol, sem intercorrências. Verificada boa evolução clínica, e ausência de recidiva hemorrágica, tendo o doente falecido quatro meses depois por falência hepática.

Discussão: A prevalência de hipertensão portal e das suas complicações está a aumentar em doentes com hemofilia e cirrose hepática, nomeadamente naqueles não tratados, nos não respondedores à terapia ou nos recidivantes. Apesar do progresso alcançado nas últimas décadas, a mortalidade às 6 semanas, associada à hemorragia varicosa permanece na ordem dos 10 a 20%. A hemorragia por varizes gastroesofágicas representa um evento de alto risco de morbilidade e mortalidade, particularmente em doentes hemofílicos cirróticos. O controlo do episódio hemorrágico revela-se um processo exigente, devido à deficiência congénita de factor VIII ou IX, associada ao défice adquirido na síntese hepática e à eventual trombocitopenia por hiperesplenismo. Neste contexto, reporta-se a eficácia e segurança de um caso de injeção de cianoacrilato em GOV1 com hemorragia activa.

155. HEPATITE FULMINANTE ASSOCIADA AO DIAZEPAM E TRAZODONA

S. Carvalhana¹, A. Oliveira², P. Ferreira², M. Resende², R. Perdigoto³, E. Barroso³

¹Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia; ²Unidade de Cuidados Intensivos; ³Unidade de Transplantação Hepato-Biliar, CHLC.

Introdução: Apesar da maioria dos fármacos poder apresentar hepatotoxicidade, raramente causam hepatite fulminante. Descreve-se o caso clínico de um doente, que após 3 meses de administração de trazodona e diazepam em doses terapêuticas, desenvolve um quadro de hepatite fulminante com necessidade de transplante hepático.

Caso clínico: Homem de 57 anos, internado por astenia, icterícia e colúria. Clinicamente apresentava icterícia e encefalopatia hepática. Analiticamente salientava-se plaquetas 99.000, INR 1,84, AST 2.745 U/L, ALT 4.638 U/L, Bilirrubina total 12,7 mg/dL, gGT 603 U/L e albumina 3,3 g/dL. A ecografia abdominal mostrava fígado de dimensões mantidas e ecoestrutura difusamente heterogénea, sem outras alterações. Tratava-se de um doente com síndrome depressivo

reactivo, medicado desde há 3 meses com trazodona e diazepam em doses terapêuticas e hábitos etanólicos moderados (70 g/dia) interrompidos após início de terapêutica anti-depressiva. Durante o internamento verificou-se agravamento da falência hepática (Factor V 30% e Factor VII 8%), tendo o doente sido transferido para a UCI. Foi feito pedido iso-grupal urgente para transplante, acabando 9 dias mais tarde por ser transplantado contra-grupo. As serologias para hepatites víricas, bem como o estudo da auto-imunidade, do cobre e do ferro, foram negativos ou normais. A biópsia hepática revelou necrose em ponte, com colestase e infiltrado inflamatório, compatível com uma insuficiência hepática aguda tóxica. Dado a ausência de outra epidemiologia além da medicação e os achados histológicos encontrados, pode-se inferir uma relação directa da trazodona e do diazepam na etiologia deste caso.

Discussão: Este caso é de especial interesse pela sua raridade, existindo apenas dois outros casos descritos na literatura de hepatite fulminante associada à trazodona. Monitorizações regulares da função hepática devem ser realizadas, de forma a evitar complicações fatais.

156. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE APÓS TRATAMENTO COM INTERFERÃO E RIBAVIRINA: UM CASO CLÍNICO

S. Barbeiro, M. Canhoto, C. Gonçalves, B. Arroja, F. Silva, I. Cotrim, H. Vasconcelos, P. Soares, L. Pinto

Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, Hospital de Santo André.

O actual tratamento de escolha para a hepatite C crónica é a combinação de Interferão (IFN) com Ribavirina, infelizmente ambos os fármacos apresentam toxicidade hematológica significativa. A trombocitopenia ligeira a moderada é uma complicação frequente do tratamento, no entanto, a ocorrência de púrpura trombocitopénica auto-imune (PTI) grave foi raramente descrita. A patogenia desta complicação não é totalmente conhecida mas, estudos demonstram a possibilidade do IFN induzir a produção de anticorpos anti-plaquetas. Os casos relatados de PTI induzida pelo IFN ocorreram desde as 4 semanas aos 12 meses de tratamento, bem como, 1 e 6 meses após terminar o tratamento. Remete-se um caso de hepatite C crónica com genótipo 1a, tratada durante 48 semanas com Peg-IFN α 2a e Ribavirina que, desenvolveu trombocitopenia severa uma semana após finalizar o tratamento. O doente com 47 anos, recorreu ao SU por queixas de hematomas espontâneos. No estudo analítico foi identificada pancitopenia (que já apresentava), destacando-se de novo trombocitopenia severa (plaquetas $15,0 \times 10^3/\mu$ L), esfregaço sanguíneo sem alterações de relevo, ausência de reactivação da hepatite C, provas da coagulação normais, ANA/ASMA negativos e ausência de outras causas (infecção viral de novo, outros fármacos e esplenomegalia). Foi iniciada corticoterapia (Prednisolona 1 mg/Kg oral por dia) e posteriormente Imunoglobulina Humana (60 g por dia, durante 2 dias) com resposta plaquetária favorável (plaquetas $61,0 \times 10^3/\mu$ L). Concluímos, com base na apresentação clínica, na resposta à terapêutica instituída e na ausência de outras causas identificáveis, tratar-se de um caso de púrpura trombocitopénica auto-imune tardia, iatrogénica ao tratamento da hepatite C crónica. O facto de ter ocorrido uma semana após a interrupção do tratamento não exclui este diagnóstico pois, o IFN, especialmente as formas peguiladas, apresenta longa semi-vida e actividade prolongada.

Ciência Básica

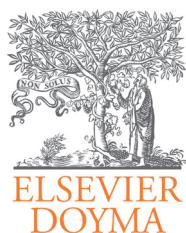
157. MOLECULAR CHARACTERIZATION OF HEPATITIS C VIRUS FROM PORTUGUESE PATIENTS: A GEOGRAPHICAL INFERENCE

R.S. Alves^{1,2}, P.A. Vasconcelos-Medeiros de Souza¹, J. Velosa³, R. Marcelino⁴, R.T. Marinho³, I.M.V.G. de Carvalho-Mello^{1,2}

¹Lab. Imunol. Viral, Inst. Butantan, São Paulo, Brazil. ²Dpt. de Medicina, Disciplina de Gastreenterologia/Escola Paulista de Medicina, SP, Brazil. ³Dpt. de Gastreenterologia e Hepatologia, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa. ⁴Instituto de Medicina Molecular, Lisboa.

Hepatitis C virus (HCV) molecular epidemiology by genotyping, accurate subtype determination and phylogenetic studies is becoming increasingly important to better understand chronic infection, viral evolution and the development of resistance to the new DAA's. The aim of this study was to perform phylogenetic analyzes in HCV RNA samples from Portuguese patients with sequences from different geographic locations. RNA was extracted from five plasma samples

using a QIAamp Viral RNA kit. cDNA was produced using reverse transcriptase with random primers. For amplification of the NS3 polymerase and NS5B regions, a nested PCR was performed and the products were sequenced. The sequences obtained were quality tested, aligned and edited with Bioinformatics softwares. A Maximum Likelihood tree was made with our sequences and sequences from GenBank with different geographical origins and genotypes and subtypes and a 1.000 Bootstraps replicates to analyze the phylogenetic characteristics of that population. The phylogenetic analysis has shown that two patients had HCV genotype 3a, two genotype 4a and one genotype 1a. In the 4a sequences, of the two patients one clustered with African Sequences from Gana and one with French sequences, appearing that 4a sequences had visible clades that separate most of African and European sequences. The HCV 3a sequences from patients had a similar result were one sequence clustered with European Sequences (United Kingdon and Switzerland) and another sequence clustered with Asian sequences from Thailand but without a visible separation between the two areas. The 1a Sequence clustered with European sequences, don't presenting relation with Brazilian or American sequences. In conclusion: HCV patients sequences from Portugal has shown singular geographical patterns depending of genotype and the origin of the patient.



ÍNDICE DE AUTORES

- Abrantes, A.M., 15
Adda, N., 72
Adiwijaya, B., 72
Afonso, M., 27, 44, 17
Agostinho, C., 7, 39, 47, 49, 52, 56, 69, 86
Agundez, M., 56
Alak, U., 36
Alarcão, A., 16
Alberto, L., 37, 46, 53, 81
Albuquerque, A., 8, 37, 38, 42, 44, 45, 57, 68, 69, 70, 71, 80, 83, 84
Albuquerque, C., 14, 15, 55
Além, H., 36, 41
Alexandrino, H., 3
Alexandrino, P., 9, 18, 22, 24, 70
Almeida Nunes, P., 74
Almeida, N., 2, 3, 6, 13, 25, 38, 39, 47, 51, 76, 87
Almeida, R., 41
Almeida, S., 85
Alvarez, R., 91
Alves do Carmo, J., 18
Alves, J., 49
Alves, M., 41
Alves, R.S., 16, 93
Alves, S., 35, 36, 65
Amara, I., 53
Amaral, I., 46, 81
Amaro, P., 1, 6, 24, 29, 31, 32, 61, 82, 89
Americano, M., 32, 83
Amil Dias, J., 41, 46
Amorim, E., 32
Andrade, P., 30, 57
Andreone, P., 73
Antunes, A.G., 5, 30, 35, 80
Antunes, J., 44
Araújo, F., 8
Araújo, R., 5
Areia, M., 13, 27, 35, 36, 65
Areias, J., 70
Arroja, B., 25, 32, 39, 68, 82, 92
Aveiro, F., 90
Azevedo, R., 42
Azevedo, S., 38
- Baldaia, H., 8
Baldaque Silva, F., 10, 17, 25, 27, 28
Baldaque, F., 26, 44, 78
Bana, T., 64, 74, 81
Banhudo, A., 26, 50, 58, 59, 65, 74, 78
Baptista, J.P., 21
Barata, M.J., 54
Barbeiro, S., 32, 68, 82, 92
Barbosa, L., 60
Barbosa, M., 19, 22
Barjas, E., 18, 22
Barrias, S., 5, 26
Barroso, E., 23, 69, 92
Bartels, D.J., 72
Bastos, P., 46
Bathy, J., 56
Batista, H., 30
Bengtsson, L., 72
Bentes, T., 20
Bento, A., 30
Bento, L., 69
Bernardes, D., 65
Bettencourt, A., 12, 52, 87
Bettencourt, V., 59, 74
Bispo, M., 74
Boal Carvalho, P., 34
Borrvalho, P., 11, 85
Borrvalho, P.M., 11, 22
Botelho, M.F., 15, 16
Brandão, C., 10
Brito, D., 35, 36, 65
Brito, J., 4, 83
Brito, M.J., 62, 64, 67, 79
- Cabral, J.M., 8, 14
Cabrera, R., 91
Cadime, A.T., 13, 35, 36, 65
Caetano, A.C., 30, 46, 56, 91
Caetano, C., 31, 40, 48, 54, 55, 58, 60, 79, 82
Caiado, F., 17
Caldeira, A., 26, 50, 58, 59, 65, 78
Caldeira, P., 5, 35
Calle, C., 21, 51
Calretas, S., 71
Camacho, C., 90
- Camacho, E., 2, 3, 76
Câmara, M., 90
Campaíha, S., 53
Campos, M.J., 56
Campos, S., 50
Cancela, E., 5
Canena, J., 4, 7, 9, 12, 25, 32, 36, 41, 43, 75, 76, 77
Canhoto, M., 6, 32, 68, 82, 92
Capelinha, F., 90
Cardoso, C., 7, 18, 20, 47, 54, 80, 83
Cardoso, E., 28
Cardoso, F., 48, 52, 57, 59, 77
Cardoso, H., 8, 33, 37, 38, 39, 42, 57, 68, 69, 70, 71, 83
Cardoso, O., 13, 47
Cardoso, R., 2, 6, 25, 31, 38, 39, 65, 76
Carepa, F., 63, 74
Carlos, M., 85
Carneiro, F., 25, 30, 37
Carrilho, F.J., 16
Carrilho Ribeiro, L., 63
Carvalhana, S., 24, 92
Carvalho, J., 7, 18, 39, 47, 49, 52, 56, 69, 78, 86, 87, 90
Carvalho, A., 50
Carvalho, C., 31
Carvalho, D., 20, 69
Carvalho, J., 5, 21, 37, 41, 46, 53, 80, 81, 82
Carvalho, L., 16, 64, 74
Carvalho, R., 6, 13, 30, 31, 35, 36, 65, 76
Carvalho, S., 2
Casaca, R., 12, 52, 87
Casanova, A.P., 21
Castanheira, A., 5
Casteleiro Alves, C., 6, 45, 54
Castro Sousa, F., 3
Castro, R.E., 11, 22
Castro-Poças, F., 59, 63
Cavaco, R., 69
Cerqueira, R., 43, 44
Certo, M., 86
Chagas, C., 53, 64, 81
Chapim, I., 53, 64, 81
- Chaves, P., 10, 11, 12, 14, 15, 21, 51, 55, 62, 91
Cipriano, A., 84
Cipriano, M.A., 3, 13, 30, 47
Claro, I., 10, 14, 15, 55, 85
Cleto, E., 17
Coimbra, J., 3
Contente, L., 32, 83
Correia, C., 18
Correia, J.H., 67
Correia, M., 43, 44
Correia, T., 2, 24, 32, 49, 51, 57, 65, 87
Correia-Pinto, J., 9, 27
Cortez-Pinto, H., 9, 18, 22, 24, 74
Costa, A., 74
Costa, B., 4
Costa, C.G., 67
Costa, J.F., 4
Cotrim, I., 32, 68, 82, 92
Cotter, J., 1, 19, 22, 23, 29, 34, 44, 54, 57, 64, 66, 67, 73, 75, 77
Coutinho, A., 9, 12, 25, 36, 41, 43, 76, 84
Coutinho, J., 63, 74
Coutinho, M., 12
Coutinho, P., 75
Craveiro, C., 65
Cravo, M., 18
Cremers, I., 7, 56, 80, 83
Cremers, M.I., 20, 47
Cunha, C., 85
Cunha, E., 50
- da Silva, E.F., 16
Damião-Ferreira, J., 7
David Marques, A., 69
de Carvalho-Mello, I.M.V.G., 16, 93
de Magnée, C., 36
De Meyer, S., 73
Deus, J., 9, 36, 48, 52, 57, 59, 75, 76, 77
Devesa, N., 21
Di Bisceglie, A., 72
Diago, M., 73
Dias de Castro, F., 44, 54

- Dias Pereira, A., 10, 12, 14, 15, 17, 20, 21, 51, 52, 55, 62, 77, 87, 91
Dias, C., 57
Dias, P., 58
Dias, S., 17
Dinis Silva, J., 2, 6, 12, 20, 49, 51, 52, 55, 62, 64, 66, 68
Dinis-Ribeiro, M., 10, 13, 27
Diniz Vieira, J., 58
Diogo, D., 87
Dionísio, I., 6
Donato, M.M., 13, 47
Duarte, E., 10, 17, 25, 27, 28
Duarte, J., 20
Duarte, M.A., 28, 29, 34
Duarte, P., 6, 45, 54
Duarte, R., 53
Duque, A.G., 32
Dusheiko, G.M., 72
- Eliseu, L., 2, 4, 25, 38, 39, 57, 87
Eloy, C., 84
Elvas, L., 36, 65
Esteves, J., 3, 69
Eulálio, M., 84
Eusébio, M., 5, 30, 35, 80
Everson, G.T., 72
- Faías, S., 20, 21, 77, 87, 91
Felix, J., 57
Fernandes, A., 7, 18, 39, 47, 49, 52, 56, 69, 78, 86, 87, 90,
Fernandes, C., 5, 21, 23, 33, 35, 37, 41, 43, 44, 46, 53, 61, 62, 80, 81, 82
Fernandes, D., 6, 45, 54
Fernandes, S., 5, 37, 41, 46, 53, 80, 81, 82
Fernandes, T., 17, 27
Ferreira, A., 4, 9, 27, 30, 46, 56, 65, 83, 91
Ferreira, D., 59, 63, 70, 74
Ferreira, D.M.S., 11, 22
Ferreira, F., 45, 68, 69, 71, 76
Ferreira, J., 12, 31, 70, 71
Ferreira, J.M., 74, 92
Ferreira, M., 1, 6, 7, 25, 29, 39, 47, 49, 51, 52, 54, 56, 57, 60, 61, 69, 82, 86, 89
Ferreira, P., 92
Ferreira, R., 7, 39, 47, 49, 52, 56, 69, 85, 86
Ferreira, S., 12, 15, 20, 51, 52, 55
Fidalgo, C., 10, 77, 87
Fidalgo, P., 11, 14, 17, 55
Figueiredo, A., 56
Figueiredo, I., 87
Figueiredo, P., 2, 4, 7, 30, 54, 62, 64, 67
Figueiredo, R., 13, 47
Filipe, B., 14, 15, 55
Flor-de-Lima, F., 41, 46
Florido, A., 14
Fodde, R., 14
Folgado Alberto, S., 19
Fonseca, C., 85
Fonseca, R., 10, 11, 14, 15, 21, 51, 77
- Fontes e Sousa, M., 89
Foster, G.R., 73
Fraga, J., 5, 21, 23, 33, 35, 37, 41, 46, 53, 61, 62, 80, 81, 82
França, C., 65
Freire, J., 12, 52
Freire, P., 30, 57
Freire, R., 47
Freitas, C., 84, 90
Freitas, J., 2, 11, 54, 60, 62, 64, 67, 79, 85
Freitas, T., 46
Fried, M.W., 72
Furtado, E., 3
Fusaro, F., 36
- Gaspar, A., 7
Gato, I., 14
Gennery, A., 17
George, S., 72, 73
Germano, N., 69
Giestas, S., 7, 21, 39, 47, 56, 69, 86
Godefroid, N., 36
Godinho, R., 49, 64, 66, 68
Gomes, A., 51
Gomes, D., 2, 6, 24, 30, 31, 65, 76
Gomes, S., 91
Gomes, S.E., 11
Gonçalves, A., 88
Gonçalves, B., 30, 56
Gonçalves, B.M., 46, 91
Gonçalves, C., 32, 38, 68, 82, 92
Gonçalves, D., 48
Gonçalves, J., 36, 41
Gonçalves, L., 49, 64, 66, 68
Gonçalves, M., 26, 38
Gonçalves, N., 14
Gonçalves, R., 8, 30, 37, 39, 46, 56, 72, 91
Gouveia, A., 17, 27
Gouveia, H., 2, 6, 24, 25, 30, 31, 32, 39, 49, 57, 65, 76
Graca Rodrigues, C., 19, 28, 34
Gradiz, R., 15, 16
Gregório, C., 3, 49
Gritz, L., 72
Guardado, J., 22
Guedes, M., 17
Guerreiro, A., 15
Guerreiro, A.S., 14
Guerreiro, H., 5, 30, 35, 80
Guimarães, J., 65
- Henriques, P., 69
Herculano, R., 53, 64, 74, 81
Horta, D., 9, 36, 48, 52, 75, 76, 77,
Horta, P., 85
- Iglesias, P., 41
Ilgenfritz, R., 11
Ilharco, J., 49
- Jacinto, F., 90
Janssens, M., 36
Jardim, S., 6, 54
Julião, M.J., 87
- Kauffman, R.S., 72
Kieffer, T.L., 72
Küttner Magalhães, R., 48, 74, 79, 86, 92
- Lage, P., 10, 14, 15, 55
Lago, P., 12, 31, 40, 48, 54, 55, 58, 59, 60, 63, 71, 79, 86, 89
Lagos, A., 4, 7, 17, 20, 32, 36, 41, 43, 75, 76
Lagos, A.C., 12, 52
Lagos, C., 21, 51
Lagos, L., 84
Laranjeiro, A., 17
Lawitz, E.J., 73
Leitão, C., 50, 65, 74, 78
Leitão, J., 51, 84
Leite, J., 31
Leite, S., 19, 23, 37, 46, 53, 54, 66, 67, 73, 81
Liberato, M., 9, 12, 25, 36, 41
Lima, H., 40
Lima, O., 86
Lima, S., 41, 46
Lonjon-Domanec, I., 73
Lopes, A.I., 38
Lopes, J., 25, 37, 44, 63, 72
Lopes, M.F., 85
Lopes, S., 8, 13, 30, 33, 37, 38, 39, 41, 45, 46, 57, 70, 78, 84
Lopes, T., 14, 15
Loreto, H., 38
Loureiro, A., 59, 74, 83
Loureiro, J., 50
Loureiro, R., 2
Lourenço, A., 22
Luis, A., 12, 52
Luo, D., 72, 73
Luxo, C., 13, 47
- Macedo, G., 8, 10, 13, 17, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 57, 68, 69, 70, 71, 72, 76, 78, 80, 83, 84
Machado, A., 91
Machado, J., 3, 5, 14, 15, 50, 88
Machado, M., 18, 74
Machado, M.V., 22, 24
Madureira, A., 8
Mafra, M., 7
Magalhães, J., 19, 44, 54, 73, 88
Magalhães, M., 71, 89
Magalhães, M.J., 12, 31, 40, 48, 54, 55, 58, 60, 70, 74, 79, 86, 92
Magalhães, R., 12, 31, 40, 54, 55, 58, 60, 70, 71, 79, 89
Magro, F., 8, 13, 14, 33, 41, 45, 46, 57, 84
Maia, C., 45
Maldonado, R., 63
Malheiro, L., 45
Maltez, C., 38
Mamede, A.C., 15
Mangualde, J., 7, 80, 83
Manso, M.C., 43, 44
Mão de Ferro, S., 12, 17, 20, 51, 52, 62, 91
Marcelino, R., 93
- Marcellin, P., 72
Marcos Pinto, R., 12, 31, 70, 92
Marinho, C., 3, 13, 22, 23, 47, 73
Marinho, R., 37
Marinho, R.T., 93
Marques, I., 4, 7, 22, 36, 41, 43, 75, 76, 84
Marques, M., 8, 10, 17, 25, 27, 28, 33, 37, 38, 39, 45, 57, 68, 69, 70, 71
Marques, P.P., 30
Marques, S., 53
Martin, E.C., 72
Martinho, F., 3
Martins, A., 19
Martins, A., 35, 48, 52, 57
Martins, C., 18
Martins, J., 3
Martins, P., 21
Martins, R., 87
Mascarenhas Saraiva, M., 40, 63, 66
Mateus Dias, A., 3
Matos, L., 53, 64, 74, 81
Mazo, D., 16
Medeiros, I., 49, 64, 66, 68
Medeiros, R., 10
Meireles, L., 43, 75, 76, 84, 16
Mendes de Almeida, I., 74
Mendes, S., 7, 18, 39, 47, 49, 52, 56, 69, 86
Mendonça, E., 7
Mesquita, R., 7, 18, 39, 47, 49, 52, 56, 69, 78, 86, 87, 90
Midões Correia, C., 88
Ministro, P., 3, 5, 50, 88
Miranda, A., 9, 27
Mirones, L., 12
Monteiro, A., 74
Morais, S., 92
Morato, P., 38
Morbey, A., 69
Moreira da Silva, H., 17
Moreira, M.J., 19, 34, 44, 54, 57
Moreira, T., 5, 26, 59, 63, 70, 74, 79, 86, 92
Moreira-Dias, L., 10, 28
Moreira-Pinto, J., 9, 27
Morgado, P., 45
Morna, H., 90
Mota, L., 23
Mota-Pinto, A., 15, 16
Moura Santos, P., 88, 89
Mourão, L., 23
Moutinho Ribeiro, P., 1, 29, 64, 66, 67, 75, 77
Muir, A.J., 72
- Nascimento Costa, J., 58, 84
Nascimento Costa, J.M., 71
Nascimento, I., 85
Nelson, D.R., 72
Neves, B., 7, 9, 12, 25, 32, 36, 41, 43, 75, 76, 84
Nobre Leitão, C., 14, 15
Nobre, R.J., 16
Noronha Ferreira, C., 9, 63, 70
Nunes, A., 11, 64, 67, 79, 85
Nunes, A.C., 41, 46
Nunes, N., 28, 29, 34

- Nunes, Z., 14
Nuno Costa, M., 69
- Oleastro, M., 14, 15, 20
Oliveira, A., 25, 32, 39, 49, 51, 57, 58, 59, 76, 77, 92
Oliveira, A.M., 19, 34, 48, 52
Oliveira, A.P., 7, 20, 47, 56, 80, 83
Oliveira, D., 87
Oliveira, E., 63, 66
Oliveira, J., 3
Orfão, B., 42, 44
Ornelas, R., 80
Osório, F., 84
- Pais, T., 5, 46, 81
Palma, R., 18, 22, 24, 63
Panão, E., 56
Parreira, J., 91
Pastor, G., 6
Patrício, L., 17
Patrocínio, S., 36, 41
Paz, N., 28, 29, 34
Pedrosa, M., 65
Pedroso, E., 56
Pedroto, I., 5, 12, 26, 31, 40, 48, 54, 55, 58, 59, 60, 63, 70, 71, 74, 79, 82, 86, 89, 92
Peixe, B., 32
Peixe, P., 74
Perdigoto, R., 92
Pereira da Silva, J., 77, 87
Pereira, B., 12, 20, 21, 26, 50, 51, 52, 58, 59, 65, 78, 91
Pereira, C., 10
Pereira, E., 26, 50, 58, 59, 65, 78
Pereira, G., 40
Pereira, J.R., 28, 29, 34
Pereira, M.J., 1, 7, 18, 29, 39, 47, 49, 52, 61, 69, 78, 82, 86, 87, 89, 90
Pereira, P., 8, 12, 37, 38, 70, 76, 78
Pereira, T., 14, 15
Pessoa, M.G., 16
Picchio, G., 72, 73
Piedade, C., 85
Pimentel, J., 21
Pimentel, R., 5, 26, 71, 79, 89
Pimentel-Nunes, P., 10
Pinheiro, L.F., 51
Pinheiro, R.B., 43
Pinho, H., 51
Pinho, R., 5, 21, 23, 33, 35, 46, 53, 61, 62, 81
Pinto, L., 82, 92
Pinto Correia, A., 1, 64
Pinto Marques, H., 69
Pinto Marques, P., 2, 4, 7, 12, 62, 64, 67, 79
Pinto Pais, I., 36
Pinto Pais, T., 21, 23, 33, 35, 37, 41, 53, 61, 62, 80, 81, 82
Pires, E., 28, 34, 36, 48, 52, 59
Pires, S., 49, 64, 66, 68
Pockros, P.J., 73
Pol, S., 73
- Policarpo, S., 74
Poordad, F., 72
Portela, F., 2, 3, 30, 57, 87
Preto, J., 17, 27
Proença, L., 5, 21, 41, 46, 62, 80, 81, 82
Prudente, C., 5
- Queiroz, A.T.L., 16
Quelhas, I., 22
Quintas, M., 41
- Ramalho, A., 21
Ramalho, F., 9, 70
Ramalho, M., 54
Ramalho, R., 17, 26, 27, 33, 42, 44, 80
Ramos Deus, J., 19, 28, 34
Ramos, A., 5, 35
Ramos, G., 3, 20
Ramos, J., 20
Ramos, L., 60
Ramos, R., 6, 45, 54
Rebello, A., 1, 19, 23, 57, 64
Reding, R., 36
Rego, A.C., 28, 29, 34
Rego, R., 91
Reis, A., 85
Reis, F., 60
Reis, G., 17
Resende, M., 23, 92
Ribeiro, A., 33, 76, 78
Ribeiro, I., 5, 21, 23, 33, 35, 41, 46, 53, 61, 62, 80, 81, 82
Ribeiro, J., 50
Ribeiro, S., 7, 37, 53, 56, 80, 83
Ricardo, L., 19, 34, 48, 52, 57, 59, 75, 76, 77
Rio Tinto, R., 3, 12, 32
Rios, E., 42, 44
Roberts, S., 73
Rocha Gonçalves, F., 13
Rodrigues, A., 5, 21, 33, 35, 40, 41, 46, 48, 54, 70, 74, 79, 82
Rodrigues, B., 84
Rodrigues, C., 36, 48, 52, 57, 59, 65, 77
Rodrigues, C.M.P., 11, 22
Rodrigues, J.C., 20
Rodrigues, P., 14, 15, 55
Rodrigues, S., 8, 13, 26, 30, 37, 38, 39, 45, 57, 68, 69, 70, 71, 76, 78, 84
Rodrigues, T., 9, 70
Rodrigues-Pinto, E., 37, 41, 45, 46, 71, 78
Rohof, W., 18
Rolanda, C., 9, 27, 30, 46, 56
Romão, C., 12, 25, 36, 43, 75
Romão, M., 9, 41
Romão, V., 71
Romão, Z., 7, 18, 39, 47, 49, 52, 56, 69, 78, 86, 87, 90
Romãozinho, J., 6
Romãozinho, J.M., 1, 13, 29, 47, 61, 82, 89
Roque-Ramos, L., 60
Rosa, A., 2, 76
- Rosa, B., 1, 19, 22, 29, 44, 57, 64, 75, 77
Rosa, B.J., 34
Rosa, I., 10, 11, 55
- Saiote, J., 3, 20, 69
Salgado, M., 31, 40, 48, 54, 55, 58, 60, 86, 92
Salgado, M., 48
Salgueiro, P., 12, 31, 40, 48, 54, 55, 58, 60, 70, 71, 74, 79, 86, 89, 92
Sampaio, M., 4, 83
Santos Silva, E., 17
Santos, A., 14, 20, 26, 50, 58, 59, 65, 74, 78, 84
Santos, A.M., 15
Santos, L., 10, 28, 34, 48, 52, 57, 59, 19
Santos, R., 84
Santos, R.M., 71
Santos, S., 53, 64, 81
Santos, V., 28, 29, 34
Santos-Antunes, J., 13, 41, 45, 46, 71, 78
Saraiva, M., 31
Saraiva, S., 35, 36, 65
Sarmento, A., 76
Sarmento, J., 8
Sarmento, J.A., 37, 38, 39, 70, 78
Seixas, E., 15
Serejo, F., 9, 37, 88, 89
Serra, D., 4
Serrano, M., 12, 20, 21, 24, 51, 52, 62
Serrão, G., 84, 90
Setúbal, A., 80
Silva, A., 3, 5, 50, 88
Silva, A.P., 37, 46, 53
Silva, C.G., 2, 25
Silva, F., 8, 32, 68, 82, 92
Silva, H., 16
Silva, J., 10, 21, 23, 35, 37, 53, 61, 62, 80, 81, 82
Silva, J.P., 11, 20
Silva, L., 83
Silva, M.F., 67
Silva, N.J., 50
Silva, P., 14, 15
Silva, P.C., 44
Silva, R., 28
Simão, R., 51
Simões, A., 21
Simões, A.E.S., 11
Smets, F., 36
Smits, R., 14
Smout, A.J., 18
Soares, J., 31
Soares, J.B., 46
Soares, P., 82, 92
Soares-da-Silva, P., 8, 14
Sobral Dias, M., 89
Sobrinho-Simões, M., 72
Sofia, C., 1, 2, 3, 6, 7, 13, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 38, 39, 47, 49, 51, 52, 56, 57, 61, 65, 69, 76, 82, 86, 87, 89
Sokal, E., 36
- Sousa Andrade, C., 84, 90
Sousa Cardoso, F., 76
Sousa, A.L., 5, 30, 35, 80
Sousa, C., 76
Sousa, D., 30, 76
Sousa, G., 19
Sousa, H., 10
Sousa, H.T., 4, 32
Sousa, M.J., 19
Sousa, P., 5, 50, 63, 88, 89
Sousa, R., 26, 50, 58, 65, 78
Souto, P., 49, 58
Steer, C.J., 11
Stéphenne, X., 36
Sullivan, J., 72
- Tavares, J., 71
Tavares, M., 41, 46
Teixeira, F., 86
Teixeira, R., 84, 90
Thibodeau, S.N., 11
Tomé, M., 36, 41
Torres Costa, J., 30
Torres, J., 52
Trabulo, D., 7, 20, 23, 47, 56, 80, 83
Trindade, E., 41, 46
Tristan, J., 26, 50, 58, 65, 78
- Usurelu, S., 59
- Vale de Gato, I., 15
Vale, A.H., 38
Vale, A.M., 70
Vale, A.M.H., 8, 37, 39
Vale, S., 18
Valente, A., 18, 22, 24
Van Heeswijk, R., 73
Van Zeller, M., 26
Vasconcelos, H., 32, 68, 82, 92
Vasconcelos-Medeiros de Souza, P.A., 16, 93
Velosa, J., 9, 18, 22, 24, 37, 63, 70, 88, 89, 93
Velosa, M., 8, 10, 18, 28, 33, 76
Veloso, N., 49, 62, 64, 66, 67, 68, 79
Veloso, R., 21, 41
Venâncio, J., 55
Vicente, C., 6, 45, 54
Vieira, A., 11, 74
Vieira, C., 18, 24, 37
Vilar, H., 43
Vilas Boas, F., 25, 70, 10, 17, 26, 27, 28, 30, 39, 41, 45, 46, 68, 69, 71, 72
Vitorino, E., 88
Viveiros, C., 49, 64, 66, 68
Vizcaino, J.R., 17
Vizcaino, R., 86
- Winck, J., 26, 73
Wright, C.I., 72
- Younossi, Z., 73
- Zeuzem, S., 73

VIII Encontro Nacional da Associação Nacional de Enfermeiros de Endoscopia Digestiva (ANEED)

28-29 Junho 2012, Sala Arrábida

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Carmen Ribeiro

Paula Rodrigues

Celina Lopes

Filipe Pereira

PARTICIPANTES NO PROGRAMA DO ENCONTRO

Anabela Novais

Carla Sousa

Carmen Ribeiro

Elsa Monteiro

Joaquim Andrade

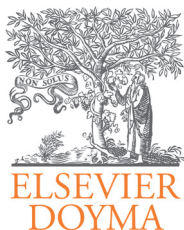
Luís Fernandes

Paula Rodrigues

Rafael Oliveira

Sílvia Forno

Sónia Barros



COMUNICAÇÕES LIVRES

VIII Encontro Nacional da Associação Nacional de Enfermeiros de Endoscopia Digestiva (ANEED)

29 junho 2012, 09:30-11:00, Sala Arrábida

além do dia a dia, a programação mais eficaz para cada procedimento.

1. USO DO ELECTROBISTURI EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA - PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

T. Costa, E. Pereira, L. Torrão, A. Costa, S. Maia

Santa Casa Misericórdia de Vila do Conde.

Introdução e objectivo: O electrobisturi é uma ferramenta de trabalho cada vez mais especializada nas salas de técnicas endoscópicas. Com o crescente avanço tecnológico, impõem-se um conhecimento mais profundo, que nos permita compreender os tipos de corrente, parâmetros, medidas de segurança e aplicações deste aparelho, sendo estes itens supracitados os objectivos principais desta apresentação.

Métodos: Sendo este ensaio de natureza expositiva, foi efectuada recolha bibliográfica e síntese, de acordo com os objectivos propostos, tendo em vista a relevância de conteúdo para a Enfermagem.

Resultados: Ao longo da apresentação, foram explicados e distinguidos os modos de corrente mono e bipolar, clarificado conceito e importância de eléctrodo activo e neutro, identificadas fontes de electrocoagulação de acordo com tipo de corrente - "blend" e "endocut", efectuada abordagem, a partir do procedimento, à programação do electrobisturi para endoscopia, tendo como referência as guidelines actuais. Apresentadas medidas de segurança para o uso destes aparelhos, importantes para protecção dos utentes, e dos profissionais de saúde, tais como uso adequado da placa de eléctrodo neutro, e cuidados com o utente com pacemaker.

Conclusões: Devido à importância do uso de electrobisturi em endoscopia digestiva, e dada a sua implicação para o sucesso de determinadas técnicas, é fulcral para a nossa profissão o conhecimento profundo deste tipo de aparelhos, aprendendo para

2. TRATAMENTO DA ANEMIA FERRIPRIVA COM FERRO POR VIA PARENTÉRICA

O. Lima, P. Lago, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: A reposição com ferro por via oral é eficaz no tratamento da maioria dos doentes com anemia ferripriva, no entanto, em algumas situações específicas, a administração de ferro por via parentérica é essencial para a normalização dos valores de hemoglobina e/ou dos depósitos de ferro.

Objectivo: Apresentar a nossa experiência com a utilização de ferro parentérico (óxido férrico sacarosado) numa consulta de gastroenterologia.

Métodos: Análise retrospectiva, dos últimos 27 meses, de uma coorte de doentes sob tratamento com ferro parentérico, em ambulatório, sob supervisão de enfermeiro de gastroenterologia.

Resultados: 51 doentes seguidos na consulta de gastroenterologia foram submetidos a administração de ferro por via parentérica, sendo 63% do sexo feminino e 37% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e 88 anos. A maioria dos doentes fez mais de 5 sessões. Causa da anemia: 45% doença de Crohn, 29% angiodisplasias do trato gastrointestinal, 4% neoplasias digestivas, 4% enteropatia por AINES, 8% dos casos estava em estudo e intolerância ao ferro oral em 10%. Normalização dos valores da hemoglobina e/ou dos depósitos de ferro em todos os doentes. Não se registaram efeitos adversos.

Conclusões: A anemia ferripriva é muito frequente em várias patologias gastroenterológicas, nomeadamente na doença de Crohn, na qual a administração de ferro por via parentérica é uma opção terapêutica muito utilizada, com a vantagem de poder ser realizada em ambulatório, ser segura e eficaz. O enfermeiro é responsável pela administração do ferro parentérico, pela monitorização e vigilância, abordagem dos eventos adversos e gestão das sessões, tornando-o um elemento fundamental numa consulta de gastroenterologia.

3. O ENFERMEIRO NA HEPATOLOGIA: O PAPEL ATUAL E OS DESAFIOS FUTUROS

O. Lima, R. Kuttner Magalhães, M.J. Magalhães, P. Salgueiro, D. Ferreira, A. Rodrigues, T. Moreira, J.M. Ferreira, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: Os desafios na gestão clínica dos doentes com hepatite crónica são múltiplos e exigentes. A abordagem multidisciplinar, com a enfermagem como parte integrante e activa, pode constituir uma oportunidade de um manuseamento mais eficiente no tratamento destes doentes. Esta tarefa assume particular relevância face às novas modalidades terapêuticas da hepatite C. **Métodos:** Apresentamos a nossa experiência de uma consulta de hepatologia na qual o enfermeiro desempenha um papel primordial no ensino, administração e seguimento clínico dos doentes infectados com vírus hepatotrópicos.

Resultados: Nos últimos 2 anos, setenta doentes, 69% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 69 anos foram observados, no decurso da terapêutica, na consulta de enfermagem de hepatologia; 64 com hepatite crónica a VHC (HCC) e os restantes com hepatite crónica a VHB (HCB); 52% dos doentes com HCC estavam infectados com o genótipo 3 e 37,5% com genótipo 1. Todos efectuaram terapêutica standard (PegIFN + Ribavirina). Aos doentes com HCB foi administrado o PegIFN alfa 2a. Constatamos uma aderência à terapêutica de 100%.

Conclusões: A fácil acessibilidade à consulta diária, a facilidade de comunicação, constituíram aspectos relevantes na gestão do tratamento, nomeadamente para superar os efeitos secundários. E de facto, a participação activa do enfermeiro constituiu uma forma eficiente e segura na abordagem terapêutica. Estes aspectos, de particular relevância clínica, suscitam-nos reflexão e partilha de conhecimento. À semelhança dos restantes profissionais o enfermeiro hepatologista desempenha um papel central no sucesso terapêutico. Pensamos ser necessário equacionar e estimar o papel e o número de enfermeiros para atender às necessidades actuais e futuras dos doentes com hepatite crónica virica, candidatos à terapêutica.

4. PROJECTO EM DESENVOLVIMENTO DA AVALIAÇÃO CÓLICA DOS UTENTES

E. Rodrigues, C. Magano, S. Barros

Centro Hospitalar S. João EPE (CHSJ).

Introdução: Desconhecemos a existência de estudos em Portugal sobre a Preparação Cólica de clientes e sentimos a necessidade de reflectir sobre a nossa prática enquanto estratégia de promoção da adesão ao regime terapêutico.

Objectivo: 1) Rever as recomendações actuais sobre a preparação intestinal na avaliação da Endoscopia Digestiva Baixa (EDB). 2) Avaliar factores condicionantes da Preparação Cólica em utentes da Unidade de Endoscopia num Hospital Central.

Métodos: 1) Revisão sistemática da literatura em bases de dados on-line (Cochrane, Medline, Ambase, AdisBase, EBSCO), entre 2000-2012, utilizando as seguintes palavras chave: Colonoscopy, Bowel preparation, Colon cleaning. Foram seleccionados 40 estudos (Revisão bibliográfica, Randomizados, Comparativos, Retrospectivos e Documentos de consenso). 2) Aplicação posterior de Formulário aos utentes da Unidade de Endoscopia num Hospital Central.

Resultados: A revisão contempla estudos com utentes submetidos

a vários agentes de limpeza intestinal como preparação para colonoscopia: Solução de Polietileno de Glicol, Solução de Fosfato de Sódio, Picosulfato de Sódio, Bisacodyl e Citrato de Magnésio. Os dois primeiros foram os mais utilizados seja em doses standard; em doses reduzidas ou associados a outros adjuvantes.

Conclusões: Todos estes produtos têm as suas indicações precisas e específicas de acordo com a situação clínica, sendo necessário seguir as Guidelines. Uma inadequada preparação cólica pode levar a não visualização de lesões, aumento de complicações e do tempo do procedimento, repetição do exame e aumento de custos. A adesão ao regime terapêutico é condicionada pelos volumes da solução ou comprimidos, os horários da preparação e realização do exame, o envio de informação (panfleto) e preferências dos doentes. Estudos recentes continuam na procura da solução ideal incluindo sabor, doses e horário mas nenhum deles se assumem como ideal para todas as situações.

5. OS CONTRIBUTOS DA EVIDÊNCIA NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO EM ENDOSCOPIA

S. Barros, M. Rodrigues, I. Cunha, C. Monteiro

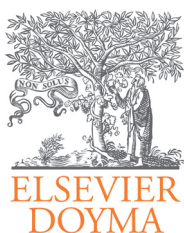
Centro de Endoscopia Digestiva, Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar São João, EPE.

Introdução: A educação do utente implica a prestação de informações com base nas necessidades, para melhorar o estado de saúde. A informação adequada aumenta a satisfação, embora exista escassa literatura sobre a satisfação do utente com os Serviços de Endoscopia. Este estudo surge numa necessidade de conceptualizar a área educativa em Endoscopia, focalizando-se no Papel Educativo do Enfermeiro na Aprendizagem do Utente que vai ser submetido a Procedimento Endoscópico. **Objectivo:** Utilizar a estratégia PICO, para a construção da pergunta de pesquisa e da pesquisa bibliográfica.

Métodos: Revisão bibliográfica, período de 2000 a 2012, base de dados EBSCO. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os artigos foram seleccionados, intencionalmente. Palavras-chave: "Nursing" AND "Anxiety" AND "Needs" AND "Endoscopy". Desta forma, o universo inicial para análise foi de 415 publicações. Critérios de Inclusão: "Endoscopy" 46 artigos; "Endoscopy Education" 10 artigos.

Resultados: Informação adequada aumenta a satisfação do utente, nos serviços de endoscopia. Nesta análise foi possível identificar necessidades de informação; adequar a informação ao utente é uma componente importante nos cuidados de saúde com qualidade; boa comunicação pode transformar as experiências dos utentes aos cuidados de saúde e reduzir o impacto de situações dolorosas, difíceis e de ansiedade; utentes com níveis de ansiedade altos, antes da colonoscopia podem resultar em procedimentos mais difíceis e dolorosos, com implicação do aumento do uso de medicação. Educação adequada ao utente, leva a queixas reduzidas e litígios, e recuperações mais rápidas com menor tempo de internamento.

Conclusões: A educação do utente na Área de Endoscopia melhorou nos últimos anos, os utentes relatam receber informação adequada para endoscopia e altos níveis de satisfação em estudos mais recentes. A satisfação do utente é vista como um resultado da prestação de cuidados de saúde, é considerado um indicador da qualidade de cuidados.



POSTERS

VIII Encontro Nacional da Associação Nacional de Enfermeiros de Endoscopia Digestiva (ANEED)

28, 29 e 30 junho 2012, Sala do Arquivo

1. ACTIVIDADE ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DE DIA DO SERVIÇO DE GASTRENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA - CHLN

D. Matos Sousa, P. Franco

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria.

O Hospital de Dia de Gastro/Hepatologia é uma unidade integrada do serviço de gastrenterologia e Hepatologia do Hospital de Santa Maria do CHLN. A sua actividade assistencial, é indispensável para dar resposta a necessidades de terapêutica, monitorização clínica e laboratorial, aos utentes em que o regime ambulatorio é imperativo no seu tratamento. Embora com 10 anos de existência, a prestação de cuidados ao doente em ambulatorio, foram nos últimos dois anos que se optimizaram condições assistenciais, organizacionais e logísticas que nos permitem dar agora visibilidade pretendida. Com maior projecção na actividade prestada por este Hospital de Dia, destaca-se as infusões de terapêuticas biológicas aos doentes com DII (Doença Inflamatória Intestinal, DC (Doença de Crohn), CU (Colite Ulcerosa), prestando também assistência a doentes hepatológicos principalmente CHC (Carcinoma Hepato-Celular) e Hep.C em tratamento.

2. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

H. Garcez, P. Caldas, S. Cardoso

Centro Hospitalar do Porto, Unidade Stº António.

A Hemorragia Digestiva Alta é um dos motivos mais comuns na admissão de doentes nas urgências hospitalares, sendo esta a urgência mais frequente na Gastroenterologia. O exame endoscópico tem um papel fulcral na abordagem do doente com Hemorragia Digestiva Alta e para este exame ser bem sucedido é necessário uma equipa multidisciplinar, da qual faz parte o Enfermeiro. Assim sendo, o desempenho deste perante tal situação clínica destaca-se pela

preparação do material/ equipamento necessários, do ambiente, devendo este ser calmo e tranquilo, observação/ preparação quer psicológica quer física do doente bem como a vigilância e monitorização continua do mesmo. Estabilizado o doente estão reunidas todas as condições necessárias para a colaboração do enfermeiro no sucesso do exame endoscópico e adequada terapêutica hemostática, que pode variar mediante o quadro clínico do doente.

3. PREPARAÇÃO PARA COLONOSCOPIA: A ESCOLHA DO DOENTE

A. Nunes, C. Reis, M. Sapage, P. Figueiredo, T. Meira, A. Nunes, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Introdução e objectivo: Uma preparação intestinal eficaz é obrigatória para o sucesso da colonoscopia. A diversidade de produtos para a preparação intestinal e as circunstâncias da sua utilização podem variar, condicionando assim os resultados. Procurámos avaliar os condicionantes da escolha do produto usado na preparação intestinal e as dificuldades dos doentes na sua utilização correcta.

Métodos: Recorrendo a inquéritos orais realizados no período peri-colonoscopia desde Dezembro de 2011 a Março de 2012 pesquisaram-se: dados demográficos, história de obstipação, tipo de solução polielectrolítica (SP), razão para escolha da mesma e tolerância ao seu cumprimento, qualidade da preparação intestinal verificada avaliada pela escala de Aronchick. Foram excluídos doentes com história de cirurgia intestinal.

Resultados: Analisaram-se dados de 122 doentes submetidos a colonoscopia (53 homens, 69 mulheres; idade 60,8 ± 13,8 anos). Em 43,6% dos casos tratou-se da primeira colonoscopia realizada. Registaram-se queixas de obstipação em 30,6% dos doentes, e 14% recorriam a laxantes; 96,7% dos doentes tiveram acesso a folha de recomendações para colonoscopia e 95% afirmam ter cumprido a dieta descrita nesta. A opção pela escolha de uma determinada SP foi: 45% por sugestão do farmacêutico; por experiência prévia 25% dos casos, sugestão do médico referenciador, em 16,7%; indicação de um conhecido, em 6,7%; 6,7% dos doentes invocaram outras razões. As SP utilizadas foram: Klean-Prep® 66,1%; Citrafleet® 17,4%; Picoprep® 9,9%; Endofalk® 5,8%, e Moviprep® 0,8%. A preparação foi

alegadamente cumprida em 82,6% dos casos verificando-se a não-ingestão da totalidade da solução em 9 doentes (45% dos restantes). A avaliação da preparação intestinal intra-procedimento foi considerada: excelente 5,7%; boa 20,5%; razoável 44,3%; má 17,2%; inadequada 12,3%.

Conclusões: Na nossa instituição a qualidade das preparações para colonoscopia ainda é inferior ao desejável. A escolha de um tipo de preparação foi geralmente feita por sugestão do farmacêutico sendo a Klean-Prep® a mais utilizada.

4. PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO. UMA ABORDAGEM HOLÍSTICA

E. Alpalhão, L. Tavares, P. Franco, S. Loureiro

Serviço de Gastreenterologia I, CHLN, Hospital de Santa Maria.

Este poster surge no contexto de um estudo de caso de uma doente com cirrose alcoólica, hepatite alcoólica e alcoolismo crónico, internada 2 meses no nosso serviço, e a necessidade de definir estratégias enquanto profissionais de saúde de como intervir face às necessidades destes indivíduos e famílias. Entende-se por alcoolismo, num sentido amplo, o problema social determinado pelo consumo excessivo de álcool num grupo (Freixa e Soler Insa, 1981 Citado por Gual, 2002). Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 52 anos de idade, com diagnóstico de Hepatite associada a alcoolismo crónico mantido, seguida em consulta desde 2005, data da ascite inaugural. Admitida no serviço por quadro de dor e aumento do volume abdominal e icterícia. Casada, com uma filha e todo o agregado familiar desempregado, com óbvias dificuldades financeiras e marcada inversão dos papéis familiares. Face às dificuldades familiares, associadas ao consumo mantido de álcool e ao não cumprimento de terapêutica foi necessária intervenção da assistente social para encaminhamento e apoios. A doente mantém-se em vigilância, referenciada à consulta de Hepatologia e de Transplante hepático.

5. DRENAGEM DE PSEUDOQUISTO PANCREÁTICO - UMA ABORDAGEM ENDOSCÓPICA

C. Moreira, S. Bessa, J. Andrade

Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Unidade de Endoscopia Digestiva.

Introdução: O pseudoquisto pancreático surge como uma complicação da pancreatite aguda/crónica, e define-se como uma coleção de líquido pancreático encerrada por uma parede não-epitelizada. Existem pseudoquistos assintomáticos e sintomáticos. Geralmente, só os sintomáticos requerem tratamento, que pode ser através de métodos cirúrgicos (com controlo radiológico) ou endoscópicos - cistogastrostomia endoscópica. O presente poster tem como objetivo descrever a técnica - cistogastrostomia endoscópica, através da exposição de um caso clínico.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um doente de 37 anos, com antecedentes de pancreatite aguda, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal. Foram realizados meios complementares de diagnóstico (análises, ecografia abdominal e TAC) que diagnosticaram uma pancreatite aguda grave complicada com pseudoquisto pancreático volumoso. O tratamento proposto foi endoscópico, em que foi efetuada previamente ecoendoscopia digestiva alta para caracterização do quisto e determinação do local de punção adequado. Com o duodenoscópio e apoio radiológico, foi efetuada punção do quisto com cistótomo na parede do antro proximal, dilatação com balão TTS e colocadas duas próteses Double Pig Tail de 7 Fr/4 cm. Após procedimento, drenagem abundante do conteúdo quístico e sem complicações imediatas.

Discussão: O tratamento endoscópico do pseudoquisto pancreático tem sido visto como um procedimento eficaz, seguro e alternativo à cirurgia, com baixo índice de complicações, sendo responsável pela melhoria precoce da sintomatologia na maioria dos utentes. Cabe salientar o papel fundamental do enfermeiro no conhecimento da situação do utente, das características do acessório e técnica usada para complementar o sucesso do respetivo procedimento.

6. “OVER-THE-SCOPE CLIPS” (OTSC) NA ABORDAGEM NÃO CIRÚRGICA DE UMA FÍSTULA

S. Bessa, C. Moreira, J. Andrade

Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Unidade de Endoscopia Digestiva.

Introdução: Com os avanços nos procedimentos endoscópicos terapêuticos e a complexidade das cirurgias gastrointestinais, surgem com maior frequência complicações como hemorragias, perfurações, fístulas, e fugas/deiscências anastomóticas em que o encerramento cirúrgico não é a primeira opção de tratamento. O clipe “over-the-scope” (OTSC) é uma das tecnologias promissoras, que tem vindo a ser cada vez mais explorado em tais situações, dada a sua eficácia, segurança e rapidez. O objetivo deste poster é descrever as funcionalidades dos cliques usando um caso clínico.

Caso clínico: Apresenta-se um caso clínico de um doente com diagnóstico de carcinoma anaplástico do pulmão, internado por disfagia para sólidos, anorexia e mal estar geral em que realiza uma endoscopia digestiva alta (EDA) e se observa ao nível do esófago médio, fístula esofago-brônquica de grandes dimensões (15 mm). A ausência de estenose luminal comprometia a colocação de prótese esofágica pelo elevado risco de migração. Optou-se pela aplicação, inicialmente, de clipe do tipo OTSC (over-the-scope clip) com 13 mm de diâmetro, que ocluiu parcialmente a fístula e constituiu ponto de ancoragem para subsequente colocação de prótese metálica autoexpansível, recoberta, com 20 mm de diâmetro e 8 cm de comprimento. No final do procedimento constatou-se boa passagem de contraste para a cavidade gástrica, sem evidência de trajeto fistuloso. Na avaliação das 48h observou-se correto posicionamento do clipe e da prótese, e ausência de trajeto fistuloso, tendo o doente iniciado dieta com boa tolerância.

Discussão: Perante o resultado obtido, esta técnica demonstra-se uma opção muito válida para encerramento de fístulas e/ou perfurações, com uma abordagem não cirúrgica. Salienta-se o papel crucial do enfermeiro no conhecimento da situação do utente, características e funcionamento dos acessórios específicos e sincronismo da técnica.

7. ESTUDO AVALIAÇÃO QUALIDADE DAS PREPARAÇÕES PARA COLONOSCOPIA

P. Caldeira, S. Diogo, S. Castro, S. Bejar, S. Lourenço, A. Louro, P. Moura, A. Fonseca, J. Rodrigues, P. Coelho, A. Leitão, E. Pires, J. Deus

Unidade Técnicas de Gastreenterologia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A qualidade da Colonoscopia está intrinsecamente ligada à qualidade da sua preparação. Um cólon bem preparado, com uma limpeza eficaz, facilita a visualização total do cólon reduzindo a repetição de exames, aspecto particularmente importante no contexto do rastreio/vigilância do Carcinoma Colo-Rectal. Com o intuito de aumentar a qualidade das colonoscopias feitas no nosso serviço, decidiu-se realizar um estudo de avaliação da qualidade da preparação para colonoscopia, através da aplicação da Escala de Boston (Boston Bowel Preparation Scale - BBPS) a todas as colonoscopias efectuadas.

Objectivo: Avaliar prospectivamente a qualidade das preparações através da aplicação da Escala de Boston, a todas as colonoscopias feitas na Unidade Técnicas de Gastreenterologia no período de estudo.

Métodos: Estudo Descritivo de Concordância dos utentes submetidos a colonoscopia no nosso serviço de Junho de 2011 a Junho de 2012. A aplicação da Escala de Boston é feita pelo enfermeiro de apoio ao exame. Para além da aplicação da escala, ainda é feito levantamento do género, idade, origem, motivo do exame, grau de mobilidade (Escala de Ramsey) e tipo de preparação.

Resultados: Foram avaliados até à data a preparação de 1.199 exames, 1.022 destes completos, com uma média de score 6 na BBPS. Verificando-se neste momento uma taxa de 4% de exames interrompidos por má preparação, dos quais 41% correspondem a utentes internados.

Conclusões: Até à data os dados apontam para uma relação entre o grau de mobilidade e a qualidade da preparação. Os resultados demonstram também que os utentes internados, mesmo com mobilidade mantida, apresentam piores scores na BBPS que os utentes de ambulatório. Com a continuidade deste trabalho, esperamos vir a provocar mudanças que contribuam para o aumento da qualidade das colonoscopias.

8. ENDOSGUIMA - ENFERMEIROS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA AO SERVIÇO DA COMUNIDADE

J. Andrade, R. Bré, C. Sousa

ENDOSGUIMA.

Introdução: O “endosguima” é um blogue criado e gerido por enfermeiros especializados e com prática diária na área da Endoscopia Digestiva. Com este trabalho pretendemos demonstrar a importância da disponibilização de informação cientificamente correcta e em linguagem acessível a todos os utentes/família que de forma ocasional ou continuada necessitem de cuidados de saúde na área.

Métodos: Exposição da constituição, funcionalidade e recursos do blogue (<http://endosguima.wordpress.com/>). Constituído por uma página inicial com apresentação geral do blogue e por 10 hiperligações: Notícias/Curiosidades, Endoscopia digestiva alta, Colonoscopia, PEG/Botão de Gastrostomia, Cápsula Endoscópica (estes temas abordam a descrição dos procedimentos, indicações e preparação para o exame, cuidados pós-exame, riscos e possíveis complicações); Doença Inflamatória Intestinal (colite ulcerosa e doença de Crohn, realçando aspectos como o diagnóstico, sinais e sintomas e formas de tratamento); Folhetos Informativos (informação sobre preparação cólica, com destaque para a dieta); Anestesia/Sedação (o que é e o seu papel nos procedimentos endoscópicos); Qualidade dos serviços (temática da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde prestados ao utente numa Unidade de Técnicas); Perguntas/Dúvidas (espaço reservado para a colocação de questões, dúvidas e sugestões pessoais).

Resultados: Desde a criação do blogue em Janeiro de 2011 até à data registaram-se mais de 12.000 consultas. Trabalhando com o módulo da estatística conseguimos ter acesso aos conteúdos mais procurados, permitindo assim a publicação de mais informação de acordo com as necessidades detetadas. Foi com surpresa que verificamos que os conteúdos relacionados com PEG/Botão de Gastrostomia são os mais consultados desde sempre (35%).

Conclusões: Ferramentas deste tipo, de consulta fácil e acessível permitem ao utente/família aceder a informação correcta e fidedigna sobre Endoscopia Digestiva, possibilitando a colocação de questões e esclarecimento de dúvidas. Necessidades dos utentes com resposta à distância de um “clique” contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença.

9. FALE CONNOSCO: A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO PARA O SUCESSO DA PREPARAÇÃO INTESTINAL.

S. Duarte, M. Freitas, C. Leitão, C. Lopes, M. Lucas, F. Neves, P. Ramos, A. Raposo, A. Teixeira, A. Vieira

Centro de Gastreenterologia, Hospital CUF Infante Santo.

A colonoscopia é o melhor Meio Complementar de Diagnóstico e Tratamento (MCDT) para o Rastreio do Cancro Colo-Rectal, bem como para avaliação e tratamento de patologias do cólon. Sendo que a preparação intestinal é um dos principais factores para a correcta visualização do cólon, esta influencia o sucesso do procedimento. No Centro de Gastreenterologia de uma Unidade de Saúde de Lisboa, onde exercemos funções de Enfermagem, deparamo-nos frequentemente com a seguinte problemática: Clientes cuja preparação intestinal é insuficiente. O intuito deste estudo é validar a importância do Enfermeiro no esclarecimento de dúvidas acerca da preparação intestinal necessária à realização deste MCDT. Assim, revela-se fulcral a competência do Enfermeiro na área de educação para a saúde, minimizando a influência de outros factores que condicionam a qualidade da preparação. A metodologia a utilizar será um estudo comparativo entre dois grupos seleccionados aleatoriamente durante o mês de Abril: o grupo de estudo contactado telefonicamente 48h antes do exame e o grupo de controlo em que não houve qualquer esclarecimento pela equipa de Enfermagem. No dia do exame será utilizada a Escala de Limpeza de Harefield® (escala de avaliação objectiva da limpeza por segmentos). O papel do Enfermeiro junto do Cliente é importante para o sucesso da preparação intestinal, incidindo especialmente no esclarecimento sobre a preparação e toma do preparado intestinal (dicas e truques), dieta e jejum. Com a introdução desta boa prática pretende-se diminuir o número de Clientes com exames inconclusivos devido a má preparação intestinal e, deste modo, promover ganhos em Saúde.

10. O ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA E A CPRE

C. Leitão, A. Teixeira, M. Freitas, C. Lopes, S. Duarte, P. Ramos, M. Lucas, A. Vieira, F. Silva, A. Raposo

Hospital Cuf Infante Santo.

Introdução e objectivo: A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) é a técnica de eleição na terapêutica das doenças bílio - pancreáticas, exigindo uma participação activa de uma equipa multidisciplinar, constituída por três enfermeiros (um de anestesia e dois instrumentistas), um gastreenterologista, um anestesista, uma técnica de radiologia e uma auxiliar da acção médica. Este estudo pretendeu: 1) realçar a importância do enfermeiro instrumentista durante a realização de CPRE; 2) identificar o tipo de procedimentos terapêuticos realizados durante a CPRE em 2011; 3) analisar o tempo médio do exame em 2011; 4) avaliar o grau de satisfação dos endoscopistas com uma equipa fixa e experiente.

Métodos: Estudo retrospectivo dos registos de enfermagem de todas as CPRE's e procedimentos terapêuticos associados, realizados num único centro, num período de um ano.

Resultados: A equipa de enfermagem é constituída por 11 elementos, destes apenas 4 são enfermeiros instrumentistas. No ano de 2011 foram realizados 913 exames com uma duração média de 20-45 minutos. Os endoscopistas demonstram satisfação com equipa fixa e experiente. Foram realizados como procedimentos terapêuticos associados, extracção de cálculos com e sem litotricia, colocação de próteses plásticas/metálicas auto-expansíveis, entre outros.

Conclusões: A CPRE requer um trabalho sincronizado entre o enfermeiro e o gastreenterologista, com o objectivo da optimização dos resultados. O enfermeiro instrumentista, através da

interpretação da imagem endoscópica e imagiológica, deverá ser capaz de identificar as várias etapas a percorrer bem como o material necessário para o sucesso do exame. Atendendo à especificidade da CPRE, tendo em vista o sucesso do exame, com diminuição do tempo médio na sua realização, deverá existir a preocupação de constituir equipas bem treinadas.

11. ABORDAGEM PRÁTICA DE TÉCNICAS PARA COLOCAÇÃO DE SONDA NASO-JEJUNAL

A.C. Freire, N.S. Gonçalves

H. S. João EPE.

Tendo como objetivos principais refletir sobre a prática dos cuidados de enfermagem na endoscopia digestiva, e a Melhor evidência na técnica de colocação de sonda nasojéjunal. Este trabalho é uma reflexão sobre os diferentes métodos de colocação da sonda nasojéjunal, suas indicações vs contra-indicações, bem como, uma abordagem teórico-prática sobre os cuidados de enfermagem na colocação da mesma por via endoscópica (Técnica de Seldinger e Técnica de introdução por via nasal clássica). Nos últimos anos tem-se verificado uma evolução tecnológica na endoscopia digestiva, cariz diagnóstico e terapêuticos. A terapia nutricional é fundamental nos cuidados prestados ao utente crítico. As evidências científicas comprovam que o estado nutricional, interfere na sua evolução clínica, quando não é possível satisfazer as necessidades nutricionais por via oral, a alimentação entérica é a eleita, visto que permite uma correcta absorção nutricional e hídrica. A necessidade de se estabelecer um acesso artificial no tracto gastrointestinal é fundamental. A Sonda Nasojéjunal representa um bom acesso para efectuar a correcta terapia nutricional, além de permitir a administração terapêutica, e o esvaziamento gástrico. Como resultado, estes utentes apresentam uma melhor evolução clínica, minimiza o risco de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. São vários os métodos existentes para a colocação de SNJ. A colocação da sonda por endoscopia é o método de eleição, apresentando uma taxa de sucesso na ordem dos 80%. Esta técnica é executada na própria unidade do utente, possibilitando uma visualização directa da entubação. O sucesso da colocação está associado à prática do próprio profissional. A opção pela técnica endoscópica deve ser uma decisão conjunta entre o enfermeiro e a equipa médica, tendo em consideração as necessidades e condições clínicas do utente. O êxito desta, depende das intervenções de enfermagem. Em conclusão, a utilização do método endoscópico nas SNJ, representa um método seguro, rápido, menos complicações e com maior taxa de êxito no seu posicionamento. A reflexão sobre as práticas e os cuidados de enfermagem na sua colocação, permite-nos cimentar os conhecimentos, visionando a excelência dos cuidados de enfermagem.

12. DA NECESSIDADE À CONSTRUÇÃO DUM INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA

C. Monteiro, I. Cunha, M. Rodrigues, S. Barros

Unidade de Endoscopia Digestiva, Centro Hospitalar São João, EPE.

Introdução: Os registos de enfermagem são fundamentais para a prestação de cuidados com qualidade ao utente submetido a procedimento endoscópico com sedação/anestesia geral, individualização e continuidade dos mesmos, bem como para o desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar. Permitem reforçar a autonomia, responsabilidade e visibilidade profissional. Apesar da crescente informatização e padronização dos registos, na nossa prática estes são efectuados manualmente sem critérios e regras uniformes. Deste modo, surge a necessidade da concretização

de um instrumento de registo de enfermagem em endoscopia digestiva. **Objectivo:** Elaborar folha de registos de enfermagem do utente submetido a procedimento endoscópico com sedação/anestesia geral.

Métodos: Pesquisa bibliográfica e observação da prática clínica. A folha de registos contempla o período pré, intra e pós-procedimento endoscópico com sedação/anestesia geral. No pré-procedimento endoscópico, o Enfermeiro realiza a entrevista ao utente confirmando o procedimento a realizar e se reúne as condições necessárias (jejum, ausência de adornos/próteses, presença de acompanhante, consentimento informado assinado, exames auxiliares de diagnóstico); colhe os antecedentes pessoais e prepara o utente para o procedimento (avaliação dos sinais vitais e punção de veia periférica). Durante o procedimento, o Enfermeiro regista a técnica anestésica efetuada, os sinais vitais e eventuais intercorrências. Os cuidados de enfermagem prestados no pós-procedimento - recobro - diferem de acordo com a proveniência do utente - internamento ou ambulatório. Assim, no caso dos utentes internados, o Enfermeiro avalia os sinais vitais e aplica o Índice de Aldrete. No caso dos utentes de ambulatório, para além destes itens, o Enfermeiro aplica o Post Anesthetic Discharge Score (PADS) System e quando se obtém uma pontuação igual ou superior a 9, o utente reúne condições para alta.

Conclusões: A implementação desta folha permitirá a uniformização e a padronização dos registos de enfermagem ao utente submetido a procedimento endoscópico com sedação/anestesia geral, visando a otimização, segurança e qualidade dos cuidados.

13. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA

I. Cunha, C. Monteiro, M. Rodrigues, S. Barros

Unidade de Endoscopia Digestiva, Centro Hospitalar São João, EPE.

Introdução: A Dissecção Endoscópica da Submucosa (DES) é a técnica gold standard de ressecção em bloco de lesões superficiais gastrointestinais. O Enfermeiro, como membro integrante da equipa multidisciplinar e corresponsável pelos cuidados ao utente, deve adquirir competências científicas, técnicas e humanas específicas da DES, no sentido da otimização e qualidade dos cuidados. Deste modo, e dada a escassez de informação a nível nacional relativamente ao papel do Enfermeiro na DES, é essencial e adequada uma revisão e descrição das competências e conhecimentos a adquirir.

Objectivo: Descrever o papel do Enfermeiro na DES.

Métodos: Pesquisa bibliográfica e prática clínica. O Enfermeiro deve procurar proporcionar cuidados ótimos ao utente submetido a DES. Assim, e de acordo com o Perfil Profissional Europeu para Enfermeiros em Endoscopia, deve ter conhecimento do propósito, indicação, contraindicações, realização, riscos e complicações deste procedimento. A DES é uma técnica complexa que requer o manuseamento de equipamentos e acessórios endoscópicos específicos (facas endocirúrgicas, acrescentos distais, pinça hemostática - Coagrasper) e que comporta três etapas principais - injeção da submucosa, incisão circunferencial da mucosa e dissecção da submucosa. Assim, o Enfermeiro deve ter conhecimento sobre a estrutura, função e aplicação dos equipamentos e acessórios da DES de modo a adequá-los a cada etapa do procedimento. Para além da assistência técnica, o Enfermeiro deve centrar-se também na educação, apoio e segurança do utente uma vez que é responsável por assegurar os cuidados ao utente de uma forma individual e holística. Este trabalho culmina num projeto de desenvolvimento profissional visando o estabelecimento de padrões de qualidade na DES baseados no Perfil Profissional Europeu para Enfermeiros em Endoscopia.

Conclusões: O Enfermeiro desempenha um papel crucial junto do utente submetido a DES, devendo manter-se atualizado no sentido de prestar cuidados altamente qualificados antes, durante e após todo o procedimento.

14. O CUIDAR HOLÍSTICO NUMA PESSOA SUBMETIDA A ESTUDO FUNCIONAL - ESTUDO DE CASO

M. Rodrigues, S. Barros, I. Cunha, C. Monteiro

Centro de Endoscopia Digestiva, Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João, EPE.

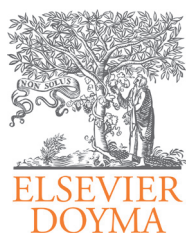
Introdução: O enfermeiro em endoscopia tem como áreas de responsabilidade o cuidar holístico do doente, a educação ao doente e família sobre a doença e saúde. Como tal, a aplicação do processo de enfermagem nos procedimentos realizados no Serviço de Gastreenterologia permeia a avaliação, identificação dos problemas do doente, planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados de enfermagem. A realização de estudos funcionais é um dos

procedimentos que pode ser realizado para diagnóstico da Doença de Refluxo Gastro esofágico (DRGE). É uma condição que se desenvolve quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomas incomodativos ou complicações.

Objectivo: Refletir sobre o planeamento dos cuidados de enfermagem prestados a um utente submetido a estudo funcional para diagnóstico da DRGE, tendo por base o Modelo Conceptual de Wanda Horta.

Métodos: Estudo de caso de um utente submetido a estudo funcional: Manometria e pHmetria.

Resultados: No caso estudado verificou-se que a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem adequado facilita o processo de tomada de decisão do Enfermeiro. De salientar que orientações de gestão não - farmacológicas e informações processuais e sensoriais foram basilares na elaboração e aplicação do plano de cuidados, tendo por base uma colheita de dados estruturada e cuidadosa. **Conclusões:** A implementação do processo de enfermagem contribuiu de forma mais efetiva para a qualidade da assistência, que se desenvolveu através da sistematização das intervenções de Enfermagem.



Jornal Português de
Gastrenterologia
Portuguese Journal of Gastroenterology

www.elsevier.pt/ge



ÍNDICE DE AUTORES

Alpalhão, E., 101
Andrade, J., 101, 102

Barros, S., 99, 103, 104
Bejar, S., 101
Bré, R., 102

Caldas, P., 100
Caldeira, P., 101
Cardoso, S., 100
Castro, S., 101
Coelho, P., 101
Costa, A., 98
Costa, T., 98
Cunha, I., 99, 103, 104

Deus, J., 101
Diogo, S., 101
Duarte, S., 102

Ferreira, D., 99
Ferreira, J.M., 99

Figueiredo, P., 100
Fonseca, A., 101
Franco, P., 100, 101
Freire, A.C., 103
Freitas, J., 100
Freitas, M., 102

Garcez, H., 100
Gonçalves, N.S., 103

Kuttner Magalhães, R., 99

Lago, P., 98
Leitão, A., 101
Leitão, C., 102
Lima, O., 98, 99
Lopes, C., 102
Loureiro, S., 101
Lourenço, S., 101
Louro, A., 101
Lucas, M., 102

Magalhães, M.J., 99
Magano, C., 99
Maia, S., 98
Matos Sousa, D., 100
Meira, T., 100
Monteiro, C., 99, 103, 104
Moreira, C., 101
Moreira, T., 99
Moura, P., 101

Neves, F., 102
Nunes, A., 100

Pedroto, I., 98, 99
Pereira, E., 98
Pires, E., 101

Ramos, P., 102
Raposo, A., 102
Reis, C., 100
Rodrigues, A., 99
Rodrigues, E., 99

Rodrigues, J., 101
Rodrigues, M., 99, 103, 104

Salgueiro, P., 99
Sapage, M., 100
Silva, F., 102
Sousa, C., 102

Tavares, L., 101
Teixeira, A., 102
Torrão, L., 98

Vieira, A., 102