



Ano XVI | Vol 16 | Nº4 | Maio/Junho 2009
Suplemento

Jornal Português de Gastroenterologia

ESPECIAL CONGRESSO

XXIX

Congresso Nacional de **GASTROENTEROLOGIA** e **ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Porto, 18 a 20 de Junho de 2009

Hotel Sheraton



Órgão Oficial



Sociedade Portuguesa
de Gastroenterologia



ISSN N.º 0872-8178



Jornal Português de Gastrenterologia

Ano XVI | Suplemento | Maio/Junho 2009

Director

José Velosa

Director-Adjunto

J.M. Romãozinho

Editor

A. Alberto Santos

Editores-Adjuntos

Bento Charrua
Isabelle Cremers
Isabel Claro

Editor do Web-Site

Pedro Duarte

Secretária de Edição

Helena Granado

Editores de Secção

Tracto Digestivo

Diniz de Freitas
José Cotter
Marília Cravo

Endoscopia

C. Nobre Leitão
Hermano Gouveia
Leopoldo Matos
Venâncio Mendes

Fígado

F. Carneiro Chaves
Jorge Areias
José Velosa
M. Carneiro de Moura

Vias Biliares

António Pinto Correia
Armando Ribeiro
Nuno Grima

Pâncreas

António Marques
José Manuel Pontes

Imagiologia

F. Caseiro Alves
Isabel Távora
Maximino Leitão

Anatomia Patológica

Fátima Carneiro
M. Augusto Cipriano
Jorge Soares
Paula Chaves

Cirurgia Digestiva

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

Gastrenterologia Pediátrica

Fernando Pereira
Paulo Ramalho

Bioestatística

António Gouveia
Henrique Barros
Mário Dinis Ribeiro
Vitor Rodrigues

Cuidados Intensivos

José Manuel Romãozinho
Paula Alexandrino

Conselho Científico

A. Alberto Santos
A. Sousa Guerreiro
Albano Rosa
Ana Horta e Vale
Ana Paula Oliveira
António Banhudo
Armando Carvalho
Beatriz C. Neves
Bento Charrua
Ermelinda Camilo

Estela Monteiro
F. Castro Poças
F. Távora Veloso
Fátima Augusto
Fátima Carneiro
Fátima Serejo
Fernando Magro
Fernando Ramalho
Francisco Portela
Guilherme Macedo

H. Cortez-Pinto
Horácio Gueirreiro
Isabel Claro
Isabel Pedroto
Isabelle Cremers
J. Pina Cabral
João de Deus
João Pimentel
Jorge Areias
José Cotter

José Manuel Pontes
José Manuel Romãozinho
José Pedrosa
José Soares
José Velosa
Júlio Leite
L. Moreira Dias
Luís Carrilho Ribeiro
Luís Novais
Luís Tomé

Luísa Glória
M. Mascarenhas Saraiva
Mendonça Santos
Pedro Figueiredo
Pedro Lage
Rui Santos
Rui Tato Marinho
Rui Vitorino
Sílvia Barrias

Edição e Publicidade



Rua Padre Luís Aparício nº 11 3ªA, 1150-248 Lisboa | Coordenação Editorial | Aida Borges | 213 584 307
Publicidade 213 584 301 e-mail: publicidade@serrapinto.com | Design Editorial | foradoras.com
Paginação e pré-impressão TemporaDesign | Impressão | Sotcip | Tiragem 4.000 exemplares

Valor de Assinatura

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

Órgão Oficial das Sociedades



Sociedade Portuguesa
de Gastrenterologia



Revista médica bimestral. Publica-se em Fevereiro, Abril, Junho, Agosto, Outubro, Dezembro. Registo na ERC sob o nº 117866. Propriedade da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia - Av. António José de Almeida, nº 5F - 8º, 1000-042 Lisboa Tel. 217 995 535 Fax 217 995 538 e-mail: gejournal@mail.telepac.pt Depósito legal: 91402/95



Sociedade Portuguesa
de Gastroenterologia

**Sociedade Portuguesa
de Gastroenterologia**

www.spg.pt

DIRECÇÃO

Presidente
José Velosa

Vice-Presidentes
Jorge Areias
Hermano Gouveia
Leopoldo Matos

Secretária-Geral
Isabel Claro

Tesoureiro
Eduardo Pires

Vogais
Rui Tato Marinho
António Alberto Santos
António Curado
Pedro Duarte
Nuno Nunes
José Cotter
João Carvalho
Rui Manuel Silva
Fernando Castro Poças
Francisco Portela
José Tristan Barros
Paulo Souto
Américo Silva

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente
Carlos Sofia

Vice-Presidente
Isabelle Cremers

Secretária
Ana Maria Horta e Vale

CONSELHO FISCAL

Presidente
F. Tavarela Veloso

Secretário
José Carlos Martins

Vogal
Fernanda Maçoas



**Sociedade Portuguesa
de Endoscopia Digestiva**

www.sped.pt

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente
Venâncio Mendes

Vice-Presidente
Leopoldo Matos

Secretário
Eduardo Abrantes Pereira

DIRECÇÃO

Presidente
José Manuel Romãozinho

Vice-Presidentes
Luís Abreu Novais
Guilherme Macedo
Pedro Narra Figueiredo

Secretário-Geral
José Eduardo Mendonça Santos

Tesoureira
Anabela Grancho Pinto

Vogais
Fernando Conceição Pereira
Mário Dinis Ribeiro
Ana Teresa Cadime
Dário Gomes
Maria Paula Ministro dos Santos
Bento Albuquerque Charrua
João Lemos Barreiras

CONSELHO FISCAL

Presidente
Beatriz Costa Neves

Secretário
José Eduardo Pina Cabral

Vogal
José Pedrosa



**Associação Portuguesa
para o Estudo do Fígado**

www.apef.com.pt

Presidente
Rui Tato Marinho

Secretário
Guilherme Macedo

Vogais
Rui Santos
Helena Pessegueiro
Paula Peixe



Núcleo de Motilidade Digestiva

Presidente
Luís Novais

Secretário-Geral
Luís Araújo Correia

Vogais
Paulo Souto
Teresa Freitas
Jorge Canena



**Português de Ultrassom
em Gastroenterologia (GRUPUGE)**

Presidente
José Manuel Pontes

Vice-Presidentes
Helena Lomba Viana
Francisco Portela

Secretário-Geral
Eduardo Pereira

Vogais
Fernando Castro Poças
Eduardo Fazenda
Pedro Figueiredo

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente
Luís Carrilho Ribeiro

Secretário
Mário Dinis Ribeiro



**Clube Português
do Pâncreas**

www.cppancreas.com

Presidente Honorário
Orlando Bordalo

Presidente
António Simões Marques

Vice-Presidente
Rui Sousa

Secretário
Manuela Noronha

Vogais
Manuela Ferreira
Jorge Silva
Estima Martins
Teresa Antunes

Comissão Organizadora

PRESIDENTE DE HONRA

Amílcar Mascarenhas Saraiva

PRESIDENTE DO CONGRESSO

Jorge Areias

VICE. PRESIDENTE

Guilherme Macedo

COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTÍFICA

Castro Poças

Fernando Pereira

Guilherme Macedo

João Carvalho

Jorge Areias

Jorge Silva

José Cotter

Mário Dinis Ribeiro

Rui Silva

Teresa Freitas

SPG – SPED – SECRETARIADO

Maria José Ilharco – Coordenadora

Helena Granado

Andreia Neto

Cândida Rodrigues

Participantes no programa científico

A. MASCARENHAS SARAIVA

A. ALBERTO SANTOS

ALBANO ROSA

ALEXANDRE SARMENTO

ANA MARIA HORTA E VALE

ANABELA PINTO

ÂNGELO FERREIRA

ANTÓNIO BANHUDO

ANTÓNIO CURADO

ANTÓNIO FREIRE

ANTÓNIO MARQUES

ARMANDO CARVALHO

ARMANDO RIBEIRO

BEATRIZ NEVES

C. COSTA SANTOS

C. NOBRE LEITÃO

CARLA REGO

CARLOS NOGUEIRA

CARLOS SOFIA

CASTRO POÇAS

CHRISTIAN GLUUD

DÁRIO GOMES

DIAS PEREIRA

DINIZ DE FREITAS

EDUARDO PEREIRA

ENRIQUE DOMÍNGUEZ MUÑOZ

ERNST KUIPERS

FÁTIMA SEREJO

FERMIN MEARIN

FERNANDO MAGRO

FERNANDO PEREIRA

FERNANDO RAMALHO

FILIPE CALINAS

FRANCISCO PORTELA

GUILHERME MACEDO

HELENA CARDOSO

HELENA CORTEZ PINTO

HERMANDO GOUVEIA

ISABEL CLARO

ISABEL PEDROTO

ISABEL TAVARES

ISABELLE CREMERS

JACQUES DÉVIÈRE

JAIMI EISIG

JELLE HARINGSMA

JOÃO CARVALHO

JORGE AREIAS

JORGE CANENA

JORGE SILVA

JOSÉ COTTER

JOSÉ FRAGA

JOSÉ MANUEL FERREIRA

JOSÉ MANUEL PONTES

JOSÉ MANUEL ROMÃOZINHO

JOSÉ PEDROSA

JOSÉ SOARES

JOSÉ VELOSA

LEOPOLDO MATOS

LUÍS ARAÚJO CORREIA

LUIS CARRILHO RIBEIRO

LUÍS NOVAIS

LUÍS TOMÉ

MANUEL BARREIRO

MANUELA FERREIRA

MARÍLIA CRAVO

MARINA CALDAS

MÁRIO DINIS RIBEIRO

MENDONÇA SANTOS

MIGUEL AREIA

MIGUEL CARNEIRO DE MOURA

MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA

MOREIRA DIAS

NUNO LUNET

PAULA ALEXANDRINO

PAULA FREITAS

PAULA PEIXE

PAULO FIDALGO

PAULO SOUTO

PEDRO AMARO

PEDRO DUARTE

PEDRO FIGUEIREDO

PINA CABRAL

PRESA RAMOS

RAFAEL ESTEBAN

RICARDO FERNANDES

ROMA TORRES

RUI MARINHO

RUI SARMENTO E CASTRO

RUI SILVA

RUI SOUSA

SILVIA BARRIAS

SIMOM BAR MEIR

TERESA FREITAS

VARAS LORENZO

VENÂNCIO MENDES

Júris dos Prémios

JÚRI DO PRÉMIO DA MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

Paula Alexandrino (Presidente)
Branca Órfão
J. Pina Cabral
Mário Dinis Ribeiro
Rui Marinho

JÚRI DO PRÉMIO DO MELHOR POSTER

Isabelle Cremers (Presidente)
Eduardo Pereira
F. Castro Poças
Luísa Proença
Vítor Fernandes

JÚRI DO PRÉMIO DO MELHOR INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

Fernando Pereira (Presidente)
Bento Charrua
Ernestina Camacho
J. Ricardo Teixeira

Mensagem de Boas-Vindas

O XXIX Congresso Nacional de Gastreenterologia e Endoscopia Digestiva vai realizar-se no Porto, nos próximos dias 18 a 20 de Junho de 2009, sendo o evento nacional mais significativo da Gastreenterologia e da Endoscopia Digestiva, não só pela importância da participação científica, mas também pela grande adesão dos sócios.

A Comissão Organizadora e Científica procurou elaborar um programa com os seguintes objectivos: 1. Abordar e desenvolver aquilo que actualmente está em franca e rápida evolução, com destaque para o que é considerado como os grandes avanços em Gastreenterologia e Endoscopia Digestiva, bem como 2. a sua aplicação no nosso meio. Pretende-se assim estabelecer o estado da arte dos mais variados temas e técnicas.

Com efeito, o exercício da actividade médica sofreu profundas alterações nos anos mais recentes; o crescimento exponencial dos conhecimentos biomédicos, a exigir uma adequada e permanente actualização, aliado à rápida evolução das diferentes tecnologias, a importância crescente dos aspectos éticos e legais da prática médica, tornam fundamentais a realização de congressos onde possam ser discutidos os mais variados temas de uma forma ampla, aberta e construtiva. É pois fundamental uma cultura de exigência cujo ponto de aplicação deverá ser a qualidade dos serviços de saúde prestados.

O primeiro dia do Congresso é dedicado ao Curso Pós-Graduado em que será abor-

dado o tema "Obesidade e Gastreenterologia", tema actual, multidisciplinar, e transversal a várias áreas do saber. Serão discutidos um conjunto de temas com aplicabilidade prática, nomeadamente as implicações da obesidade na carcinogénese, na doença de refluxo gastro-esofágico, no fígado, bem como será discutida a terapêutica, da endoscópica à farmacológica.

No que se refere ao programa científico do Congresso, este engloba sessões de comunicações orais, posters e instantâneos endoscópicos, das diferentes áreas da Gastreenterologia e Endoscopia Digestiva, que darão a conhecer aquilo que actualmente se investiga e se faz em Portugal, para além de conferências e simpósios clínicos, em que o se pretende é uma atitude crítica dos congressistas, o que seguramente contribuirá para o desenvolvimento da especialidade no nosso país.

Assim, serão apresentados temas de grande actualidade e que fazem parte integrante da nossa especialidade nos seus mais variados aspectos, desde as técnicas endoscópicas até à patologia do tracto gastrointestinal, do fígado, do pâncreas e das vias biliares.

Fazem ainda parte integrante do Congresso, sessões de formação e de debate que analisam e discutem temas muito actuais, desde a formação à investigação básica e epidemiológica, bem como às novas competências em Gastreenterologia e Endoscopia Digestiva, questões cruciais que se colocam hoje aos cuidados de saúde e

às consequentes e potenciais implicações na formação de especialistas, questões éticas, com grande repercussão na qualidade dos serviços, e consequentemente do nível de medicina praticado.

Os grandes desenvolvimentos da Medicina, os avanços vertiginosos de determinadas áreas, os tratamentos problemáticos, complexos e dispendiosos, tornam esta área da Medicina particularmente fascinante e envolvente na prática clínica.

Para atingir tais objectivos, o corpo docente constituído por especialistas nacionais e estrangeiros, é altamente qualificado, a quem a Comissão Organizadora agradece muito reconhecidamente todo o seu empenho e labor.

Os destinatários deste Congresso são os Gastreenterologistas, os internos complementares da especialidade, mas também especialistas de outras áreas afins como a Medicina Interna, a Cirurgia, a Radiologia e a Anatomia Patológica, sem esquecer os enfermeiros. Esperamos sinceramente que estas realidades científicas se cruzem adequadamente com o ambiente da cidade do Porto; esperamos pois por si, com a sua atitude crítica e construtiva, até 18 de Junho!

Em nome da Comissão Organizadora, e em meu nome pessoal, desejo-lhe um óptima e enriquecedora estadia no Porto!

Jorge Areias
Presidente do Congresso

Programa Científico

5ª FEIRA 18 de Junho de 2009

**CURSO PÓS-GRADUADO
OBESIDADE E GASTROENTEROLOGIA**

Salas Apolo I-IV

Directores do Curso Jorge Areias e Guilherme Macedo

09.00 | 10.30 SESSÃO I

Moderadores Jorge Areias / Guilherme Macedo

09.00 | 09.20

Epidemiologia em Portugal
Carla Rego

09.20 | 09.40

Doença de refluxo gastro-esofágico e obesidade
João Carvalho

09.40 | 10.00

Causalidade na oncologia digestiva
Nuno Lunet

10.00 | 10.30 Discussão

10.30 | 11.00 SESSÃO ABERTURA

Entrega de Prémios e Bolsas

11.00 | 11.30 Coffee-break

11.30 | 13.00 SESSÃO II

Moderadores Leopoldo Matos / Pedro Figueiredo

11.30 | 11.50

Complicações hepáticas da obesidade
Helena Cortez Pinto

11.50 | 12.10

Tratamento endoscópico: passado, presente e futuro
Jacques Dévière, Bélgica

12.10 | 12.30

Cirurgia bariátrica: como lidar com as complicações metabólicas?
Ângelo Ferreira

12.30 | 13.00

Discussão

13.00 | 14.30

Almoço de trabalho

14.30 | 16.00 SESSÃO III

Moderadores Isabel Claro / Mendonça Santos

14.30 | 14.50

Endoscopia no doente cirúrgico bariátrico
José Soares

14.50 | 15.10

Novos alvos moleculares na terapêutica
Paula Freitas

15.10 | 15.30

Tratamento farmacológico
Helena Cardoso

15.30 | 16.00 Discussão

16.00 | 16.30 CONFERÊNCIA I

Presidente A. Mascarenhas Saraiva

O CORPO E A MENTE NA OBESIDADE

Roma Torres

16.30

Enceramento do Curso

16.30 | 17.00

Intervalo

17.00

Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia

Salas Apolo I-IV

20.30 | 22.30

SIMPÓSIO INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Schering-Plough (extra)

“ADESÃO À TERAPÊUTICA, TRATAMENTO DE DOENTES CO-INFECTADOS (VHC/VIH), ABORDAGEM DE DOENTES TOXICODEPENDENTES EM TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO, RE-TRATAMENTO DE DOENTES, ACESSIBILIDADE AO TRATAMENTO”

Moderador Marina Caldas

Convidados Rafael Esteban, Rui Marinho, Rui Sarmento e Castro, Presa Ramos, Ricardo Fernandes

20.30 | 22.30

SIMPÓSIO INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

AstraZeneca (extra)

“O QUE HÁ DE NOVO NO TRATAMENTO DA ÚLCERA PÉPTICA SANGRANTE”

Moderador Guilherme Macedo

Palestrante Ernst Kuipers, Holanda

6ª FEIRA 19 de Junho de 2009

09.00 | 10.30

SESSÃO PLENÁRIA DE COMUNICAÇÕES ORAIS

Salas Apolo I-II

Moderadores Hermano Gouveia / Fernando Pereira

1 ANÁLISE ASSISTIDA POR COMPUTADOR DE IMAGENS DE CROMOENDOSCOPIA GÁSTRICA.
Riaz F, Sousa A, Pimentel-Nunes P, Areia M, Coimbra M, Dinis-Ribeiro M.

2 POLIMORFISMOS NO GENE COX-2 E RISCO PARA CANCRO COLO-RECTAL: UMA ESTRATÉGIA PARA A QUIMIOPREVENÇÃO.

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

3 NOVOS FACTORES PROGNÓSTICOS DO CANCRO COLORECTAL PRIMÁRIO E COM METASTASES HEPÁTICAS: CARACTERIZAÇÃO MOLECULAR DE CÉLULAS TUMORAIS CIRCULANTES.

Tralhão JG, Santos PV, Seródio M, Portela I, Pereira A, Carvalho C, Oliveira J, Leite JS, Santos P, Botelho MF, Paiva ML, Castro e Sousa F.

4 PAPEL ANTI-PROLIFERATIVO E QUIMIOSENSIBILIZADOR DO MIRNA-143 EM CÉLULAS DE CANCRO DO CÓLON-RECTO.

Borrvalho PM, Castro RE, Kren BT, Moreira da Silva IB, Steer CJ, Rodrigues CMP

5 VALOR DO ESTUDO CITOMÉTRICO NO CONTEÚDO DE ADN E NA SEQUÊNCIA ADENOMA-CARCINOMA DO CÓLON.

Ramos R, Duarte P, Pereira M, Mascarenhas J, Vicente C, Monteiro A, Tomé R, Faria C, Medeiros JÁ, Casteleiro Alves C.

6 ESTUDO PROSPECTIVO DA ACUIDADE DA ECOGRAFIA HIDROCÓLICA.

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

10.30 | 11.00

Coffee-break visita aos Posters

11.00 | 12.30

SIMPÓSIO CLÍNICO SPG

Sala Apolo I-II

PROBLEMAS ACTUAIS EM GASTROENTEROLOGIA

Presidente José Velosa

Moderadores José Cotter / Pedro Duarte

11.00 | 11.15

Seleção de doentes para terapêutica biológica com Doença Inflamatória do Intestino
Fernando Magro



11.15 | 11.30 Colonografia por TAC
Rui Silva

11.30 | 11.45 Medicina Baseada na evidência e erradicação de *Helicobacter pylori*
Pina Cabral

11.45 | 12.00 Rastreamento do cancro do cólon e recto
José Fraga

12.00 | 12.30
Discussão

COMUNICAÇÕES DE ENDOSCOPIA

Salas Apolo III-IV

Moderadores José Pedrosa / Dias Pereira

7 AVALIAÇÃO IN VIVO DO ENCERRAMENTO DE GASTROTOMIAS COM CLIPS OTSC NUM MODELO EXPERIMENTAL.
Rolanda C, Lima E, Silva D, Moreira I, Macedo G, Correia-Pinto J.

8 CROMOSCOPIA COM LUGOL E ENDOSCOPIA DE NBI NO DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC) ESOFÁGICO EM DOENTES COM NEOPLASIAS DO FORO ORL.
Pimentel-Nunes P, Santos L, Cardoso E, Henriques R, Monteiro E, Dinis-Ribeiro M, Moreira Dias L.

9 EXISTIRÁ VANTAGEM EM REALIZAR ENTEROSCOPIA COM UMA CÁPSULA DE DUAS CÂMARAS?
Lopes S, Almeida N, Freire P, Figueiredo P, Gouveia H, Leitão MC.

10 COLONOSCOPIA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA. EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO.
Freire P, Lopes S, Almeida N, Figueiredo P, Ferreira M, Gouveia H, Leitão MC.

11 TERAPÊUTICA PALIATIVA DA NEOPLASIA COLO-RECTAL COM PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS (PMAE). EFICÁCIA E SEGURANÇA.
Canena J, Romão C, Liberato M, Coutinho A, Neves B.

12 MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA NO TRATAMENTO DE NEOPLASIAS SUPERFICIAIS DO CÓLON E RECTO.
Ramos R, Amaro P, Gradiz R, Monsanto P, Areia M, Pina Cabral JE, Portela F, Lérias C, Gouveia H, Leitão MC.

COMUNICAÇÕES HEPATOLOGIA

Challenger

Moderadores Fernando Ramalho
Ana Maria Horta e Vale

13 ICTERÍCIA COMO FACTOR DE RISCO DA COLESTASE CRÓNICA: MANIFESTÕES CITOPATOLÓGICAS NUMA LINHA HUMANA SAUDÁVEL DE HEPATÓCITOS.
Vizetto Duarte C, Fernandes A, Brites D.

14 ESTUDO DA CINÉTICA DA REGENERAÇÃO HEPÁTICA NO HOMEM PÓS-HEPATECTOMIA POR MÉTODOS RADIOISOTÓPICOS E O SEU IMPACTO CLÍNICO.
Tralhão JC, Abrantes AM, Cardoso D, Oliveiros B, Botelho MF, Castro Sousa F.

15 MODULAÇÃO DE MICRORNAS DURANTE A REGENERAÇÃO HEPÁTICA E POR ÁCIDOS BILIARES.
Castro RE, Borralho PM, Zeng Y, Steer CJ, Kren BT, Rodrigues CMP.

16 ATENUAÇÃO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA MEDIADA PELO RECEPTOR TLR2 NA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA DE ETIOLOGIA ALCOÓLICA.
Pimentel-Nunes P, Roncon-Albuquerque R Jr, Gonçalves N, Cerqueira C, Cardoso H, Bastos P, Marques M, Dinis-Ribeiro N, Costa Santos C, Leite-Moreira AF.

17 VALIDAÇÃO DO NAFLD FIBROSIS SCORE EM DOENTES COM ESTEATOHEPATITE NÃO ALCOÓLICA.
Pinto J, Leite S, Afonso M, Veloso R, Pinho R, Proença L, Carvalho R, Fraga J.

18 SÉPSIS NA CIRROSE HEPÁTICA: PROGNÓSTICO E SOBREVIVÊNCIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.
Bana e Costa T, Santos H, Maldonado R, Valente A, Palma R, Alexandrino P.

12.30 | 13.00
CONFERÊNCIA II
Salas Apolo I-II

Presidente Jorge Areias

III CONSENSO BRASILEIRO DA DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO: DIRETRIZES DE CONDUTA
Jaime Eisig, Brasil

13.00 | 14.30

Almoço de trabalho

Assembleia Geral APEF

Salas Apolo III-IV

Assembleia Geral CP

Challenger

14.30 | 16.00

SIMPÓSIO CLÍNICO APEF

Salas Apolo I-II

Presidente Rui Marinho

Moderadores Luís Tomé / Alexandre Sarmento

NOVAS REALIDADES NA HEPATITE CRÓNICA B

14.30 | 14.50

As guidelines europeias: o que as distingue do passado
Armando Carvalho

14.50 | 15.10

Papel da elastografia e da biopsia hepática
Fátima Serejo

15.10 | 15.30

Tratamento com nucleosídeos / nucleotídeos:
uma decisão para toda a vida?
Filipe Calinas

15.30 | 16.00

Discussão

SIMPÓSIO CLÍNICO GRUPUGE

Salas Apolo III-IV

Presidente Luís Carrilho Ribeiro

Moderadores Eduardo Pereira / Pedro Amaro

**ECOENDOSCOPIA:
SERÁ NECESSÁRIA?**

14.30 | 14.45

Na abordagem da hipertensão portal?
José Manuel Pontes

14.45 | 15.00

Antes da ressecção endoscópica de lesões mucosas
e/ou submucosas?
Varas Lorenzo, Espanha

15.00 | 15.15

Após terapêutica neoadjuvante?
Alberto Santos

15.15 | 15.30

Na drenagem de pseudoquistos pancreáticos?
Castro Poças

15.30 | 16.00

Discussão

**COMUNICAÇÕES
DE GASTROENTEROLOGIA**

Challenger

Moderadores Moreira Dias / Beatriz Neves

19 DISPLASIA GÁSTRICA DE BAIXO GRAU:
EVOLUÇÃO A LONGO-PRAZO.

Marcos Pinto R, Salgado M, Castro Ferreira J,
Caetano C, Moreira T, Pimentel R, Areias J.

20 HISTÓRIA NATURAL DOS TUMORES
MESENQUIMATOSOS DO TUBO DIGESTIVO SUPERIOR
E ECOENDOSCOPIA.

Santos H, Castro Poças F, Lago P, Moreira T, Areias J.

21 CANCRO DO ESÓFAGO: AVALIAÇÃO
DO ESTADIAMENTO, TERAPÊUTICA E SOBREVIVÊNCIA
NUM CENTRO DE REFERÊNCIA.

Serrano M, Ribeiro S, Mão de Ferro S, Mirones L,
Freire J, Casaca R, Cunha JF, Bettencourt A,
Chaves P, Dias Pereira A, Nobre Leitão C.

22 SUBSITE-SPECIFIC INCIDENCE RATE
OF COLORECTAL CANCER BY GENDER, AGE AND
STAGE IN VNGAIA, 1995-2005.

Miguel Henriques Abreu, M^a Eduarda Matos,
Rosa Rocha, Jorge Pinto.

23 A CIRURGIA LAPAROSCÓPICA NA NEOPLASIA
COLO-RECTAL – UM NOVO PARADIGMA?

JC Mendes de Almeida, C Monteiro, M Limbert, L
Orey Manoel.

24 GASTRIC ADENOCARCINOMA IN PORTUGAL 1996-2005:
INCIDENCE AND STAGE TIME TREND VARIABILITY
ACCORDING TO ORGAN SUBSITES.

Miguel Henriques Abreu, M^a Eduarda Matos
M^a José Bento.

16.00 | 16.30
CONFERÊNCIA III

Salas Apolo I-II

Presidente Miguel Carneiro de Moura

HEPATITIS B:
A BRAVE NEW WORLD

Rafael Esteban, Espanha

16.30 | 17.00

Intervalo visita posters

17.00 | 18.30
SIMPÓSIO CLÍNICO NMD

Salas Apolo I-II

Presidente Luís Novais

Moderadores Teresa Freitas / Jorge Canena

DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO
(DRGE) NO SÉCULO XXI

17.00 | 17.15

Refluxo não ácido

Sílvia Barrias

17.15 | 17.30

DRGE, disfagia e eosinófilos

Paulo Souto

17.30 | 17.45

Novas perspectivas na terapêutica médica

Luís Araújo Correia

17.45 | 18.00

Discussão

18.00 | 18.30

CONFERÊNCIA

IMPLICAÇÕES DA CLÍNICA
E DA FISIOPATOLOGIA NO TRATAMENTO
DO SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

Fermin Mearin, Espanha

18.00 | 20.00

Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa
de Endoscopia Digestiva

Salas Apolo III-IV

20.30 | 22.30

SIMPÓSIO INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Roche (extra)

“HEPATITE VÍRICA. NOVOS PARADIGMAS
NO TRATAMENTO”

Moderador Guilherme Macedo / José Velosa

Participantes Armando Carvalho / Rui Tato Marinho /
Filipe Calinas

SÁBADO 20 de Junho de 2009

09.00 | 10.30

SIMPÓSIO SPG / COLÉGIO D E GASTRENTEROLOGIA

Salas Apolo I-II

Presidente Diniz de Freitas

Moderadores José Velosa / Moreira Dias

09.00 | 09.20

“Competência em endoscopia digestiva”

na perspectiva dos regulamentos da Ordem dos Médicos

António Bahudo / Carlos Nogueira

09.20 | 09.40

Novas competências em Endoscopia Digestiva

Pedro Figueiredo

09.40 | 10.00

Novas competências em Gastrenterologia

Marília Cravo

10.00 | 10.30

Discussão

COMUNICAÇÕES DE ENDOSCOPIA

Salas Apolo III-IV

Moderadores Isabelle Cremers / Anabela Pinto

25 ENVOLVIMENTO PERIANAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL – ACHADOS ECOENDOSCÓPICOS.

Moreira T, Castro Poças F, Lago P, Pimentel R,
Pinto R, Salgado M, Caetano C, Areias J.

26 IMPORTÂNCIA DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA SUSPEITA DE DOENÇA DE CROHN.
Rosa B, Rebelo A, Moreira MJ, Cotter J.

27 ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO (EDB) NO DIAGNÓSTICO DA PATOLOGIA DO INTESTINO DELGADO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO.
Mão de Ferro S, Sacarrão R, Santos I, Paulo C, Pereira N, Dias Pereira A, Nobre Leitão C.

28 CROMOSCOPIA COM LUGOL NO RASTREIO DO CARCINOMA ESPINHO-CELULAR DO ESOFAGO EM DOENTES COM ANTECEDENTES DE NEOPLASIA DA CABEÇA E PESCOÇO.
Areia M, Brito D, Saraiva S, Catre A, Cadime AT.

29 TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FISTULA GÁSTRICA EM CIRURGIA BARIÁTRICA.
Bana e Costa T, Serra D.

30 PALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DE ESTENOSES MALIGNAS PÍLORO-DUODENAIIS COM PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS.
Canena J, Romão C, Liberato M, Coutinho P, Neves B.

COMUNICAÇÕES HEPATOLOGIA

Challenger

Moderadores António Freire / José Manuel Ferreira

31 DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA E POLIMORFISMOS PROMOTORES DE ANGIOGENESE.
Machado MV, Fernandes CR, Miltenberger-Miltényi G, Martins A, Gonçalves MS, Cortez-Pinto H.

32 A TERAPÊUTICA DA HEPATITE C INFLUENCIA A ACTIVIDADE SEXUAL?
Vinhas MD, Marinho RT, Velosa J.

33 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DE 10 ANOS DE INTERNAMENTOS POR CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA EM PORTUGAL (1997-2006).
Nunes J, Gíria J, Marinho RT, Velosa J.

34 IM.E.L.D.: UM FACTOR PREDITIVO DE MORTALIDADE OPERATÓRIA?
Costa B, Serôdio M, Carvalho C, Castro Sousa F.

35 MICRORNA – 122 ENDÓGENO DO FÍGADO NA PROGENIA VIRAL DA HEPATITE CRÓNICA C.
Neves S, Ferreira J, Redondo I, Oliveira M, Calinas F, Paixão E, Peneda J, Penque D.

36 CARACTERIZAÇÃO DA INFECCÃO NOSOCOMIAL EM DOENTES COM CIRROSE HEPÁTICA ADMITIDOS NUMA UCIGE.

Freire P, Romãozinho JM, Amaro P, Ferreira M, Camacho E, Leitão MC.

10.30 | 11.00

Coffee-break visita posters

11.00 | 12.30

SIMPÓSIO CLÍNICO SPED

Salas Apolo I-II

Presidente José Manuel Romãozinho

Moderadores Venâncio Mendes / Guilherme Macedo

ENDOSCOPIA BASEADA NA EVIDÊNCIA

11.00 | 11.15

O conceito de endoscopia baseada na evidência
Mário Dinis Ribeiro

11.15 | 11.30

Validação de novas tecnologias de diagnóstico como a cromoscopia electrónica
Miguel Areia

11.30 | 11.45

Validação de novas tecnologias terapêuticas na DRGE
Miguel Mascarenhas Saraiva

11.45 | 12.00

Validação do treino em endoscopia
Jelle Haringsma, Holanda

12.00 | 12.30

Discussão

COMUNICAÇÕES GASTROENTEROLOGIA

Salas Apolo III-IV

Moderadores Costa Santos / António Curado

37 COLECÇÕES LÍQUIDAS PANCREÁTICAS: PAPEL DA DRENAGEM ENDOSCÓPICA ENTRE AS OPÇÕES PERCUTÂNEA E CIRÚRGICA.

Lopes S, Albano R, Camacho E, Gomes D, Portela F, Amaro P, Ferreira M, Romãozinho JM, Gouveia H, Leitão MC.

38 CANCRO DO CÓLON E RECTO: RESULTADOS DE UM

PROGRAMA DE RASTREIO POR VIDEOSIGMOIDOSCOPIA.
Ramos A, Santos H, Caldeira P, Inácio C, Ornelas R,
Peixe B, Sousa D, Açucena F, Velasco F, Belo T, Guerreiro H.

39 BENEFÍCIOS, ASPECTOS SOCIAIS E OBESIDADE
NUM PROGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO
DO CÓLON E RECTO (CCR).

Proença L, Rodrigues A, Alves M, Lacerda I, Leite S,
Afonso M, Pinto J, Veloso R, Silva AP, Pinho R,
Fernandes S, Alberto L, Iglesias P, Almeida R,
Carvalho J, Fraga J.

40 AVALIAÇÃO DE GORDURA VISCERAL
POR ECOGRAFIA: PROPOSTA DE NOVO CUT-OFF
PARA OBESIDADE VISCERAL.

Afonso M, Leite S, Pinto J, Veloso R, Pinho R, Freitas T,
Carvalho J, Fraga J.

41 TOMOGRAFIA DE EMISSÃO DE POSITRÕES (PET)
FUNDAMENTAL NA EXCLUSÃO DE DOENÇA
METÁSTICA NO CANCRO DO ESÓFAGO.

Serrano M, Fidalgo C, Ribeiro S, Pereira da Silva J,
Mão de Ferro S, Dias Pereira A, Freire J, Mirones L,
Casaca R, Cunha J, Bettencourt A, Nobre Leitão C.

42 TUMOR GASTRINTESTINAL: AVALIAÇÃO
MULTIDISCIPLINAR DO RISCO NUTRICIONAL.

Cruz C, Chaves M, Ravasco P, Monteiro Grillo, Camilo ME.

12.30 | 13.00
CONFERÊNCIA IV

Salas Apolo I-II

Presidente Nobre Leitão

O FUTURO DA COLONOSCOPIA

Simon Bar-Meir, Israel

13.00 | 14.30

Almoço de trabalho

Assembleia Geral NMD

Salas Apolo III-IV

Assembleia Geral GRUPUGE

Challenger

14.30 | 16.00

SIMPÓSIO CLÍNICO SPG / SPED

Salas Apolo I-II

Presidente Carlos Sofia

Moderadores Paula Alexandrino / Albano Rosa

URGÊNCIAS GASTRENTEROLÓGICAS

14.30 | 14.45

Terapêutica médica da hemorragia por rotura de varizes
Isabel Pedroto

14.45 | 15.00

Síndrome hepatorenal
Isabel Tavares

15.00 | 15.15

A hemorragia não varicosa: como tratar
para além da endoscopia
Paula Peixe

15.15 | 15.30

Evidence based Medicine in portal hypertension
: is random error an issue?
Christian Gluud, Dinamarca

15.30 | 16.00

Discussão

SIMPÓSIO CLÍNICO CPP

Salas Apolo III-IV

Presidente António Marques

Moderadores Manuela Ferreira / Jorge Silva

PATOLOGIA PANCREÁTICA

SESSÃO DE ENFERMAGEM

Challenger

Moderador: Carmen Ribeiro

Infliximab na Doença Inflamatória Intestinal
Eunice Almeida

Moderador: Joaquim Andrade

Desinfecção dos Endoscópios
Márcia Duarte Braga

14.30 | 14.45

Terapêutica médica na pancreatite aguda
Rui Sousa

14.45 | 15.00

Como abordar a lesão pancreática, sólida ou quística
Francisco Portela

15.00 | 15.15

Tratamento endoscópico da pancreatite aguda e crónica
Armando Ribeiro

15.15 | 15.30

Discussão

15.30 | 16.00

Conferência

**DIAGNÓSTICO PRECOCE
DA PANCREATITE CRÓNICA. COMO E PARA QUÊ?**

Enrique Dominguez Muñoz, Espanha

16.00 | 16.30

CONFERÊNCIA V

Salas Apolo I-II

Presidente Maximino Leitão

**ALTERAÇÃO DO PARADIGMA TERAPÊUTICO
NA DOENÇA DE CROHN**

Manuel Barreiro, Espanha

16.30 | 17.00

Intervalo visita Posters

17.00 | 18.30

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Salas Apolo I-II)

Moderadores Paulo Fidalgo / Dário Gomes

43 ÁCIDO HIALURÓNICO E CLIPS
NA TERAPEÚTICA ENDOSCÓPICA DE FÍSTULA
GÁSTRICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.

Castro Poças F, Soares P, Moreira T,
Pimentel R, Areias J.

44 ABORDAGEM COMBINADA
(CIRÚRGICA E ENDOSCÓPICA) NA TERAPÊUTICA
DA LITÍASE BILIAR INTRAHEPÁTICA.

Bana e Costa T, Roquete P, Andrade J, Serra D.

45 PÓLIPO GIGANTE COMO CAUSA
DE INTUSSUSCEPÇÃO E SUB-OCCLUSÃO DO ÍLEON:
RESOLUÇÃO POR ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO.

Bana e Costa T, Serra D.

46 HIPLERPLASIA NODULAR LINFÓIDE ASSOCIADA
A HIPOGAMAGLOBULINÉMIA.

Areia M, Cruz E, Gomes M, Brito D, Saraiva S,
Catre A, Cadime AT.

47 ILEITE TERMINAL EM TRANSPLANTADO RENAL
– DOENÇA DE CROHN, ILEITE INFECCIOSA
OU ILEITE FARMACOLÓGICA?

Carvalho R, Almeida N, Portela F, Gregório C,
Gomes D, Gouveia H, Leitão MC.

48 CORPO ESTRANHO INTRAPARIETAL NO ESÓFAGO.
Pinto J, Leite S, Afonso M, Veloso R, Proença L, Fraga J.

49 HEMORRAGIA EM JACTO JUGULADA
COM GLICOSE HIPERTÓNICA.

Nunes ACR, Cardoso H, Rodrigues S, Costa Santos C.

50 CARCINÓIDE MULTIFOCAL DO INTESTINO
DELGADO: DIGANÓSTICO POR ENTEROSCOPIA
POR DUPLO BALÃO.

Serrano M, Mão de Ferro S, Dias Pereira A, Chaves P,
Nobre-Leitão C.

51 MANIFESTAÇÃO ENDOSCÓPICA POUCO COMUM
DE DOENÇA CELÍACA.

Carvalho R, Almeida N, Freire P, Lopes S, Figueiredo P,
Gouveia H, Leitão MC.

52 HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA MANIFESTA
POR PÓLIPO SANGRANTE DO INTESTINO DELGADO
– DIAGNÓSTICO POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA.

Ricardo L, Martins A, Félix J, Pires S, Ratilal P,
Nunes V, Deus J.

**18.30
ENCERRAMENTO**

Salas Apolo I-II

Prémios

NOTA IMPORTANTE: Os Almoços de trabalho dos dias 18, 19 e 20 de Junho de 2009, destinam-se exclusivamente aos congressistas.

Posters

53. ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMINAL: CONTRIBUTO NA AVALIAÇÃO DA PATOLOGIA DO TUBO DIGESTIVO ALTO
Caldeira A, Pereira B, Torres J, Ferreira M, Pereira E, Sousa R, Banhudo A.

54. PREVALÊNCIA DO HELICOBACTER PYLORI, GASTRITE CRÓNICA E METAPLASIA INTESTINAL EM DOENTES DISPEPTICOS EM MAPUTO
Carrilho C, Ismail M, Guisseve A, Lorenzoni C, Fernandes F, Modcoicar P, Cunha L, Almeida R, Figueiredo C, David L, Lunet N, Peleteiro B.

55. HETEROTOPIA GÁSTRICA DO RECTO: UMA ENTIDADE RARA
Sousa J, Freire P, Rodrigues A, Costa N.

56. COLITE ISQUÉMICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS - ANÁLISE RETROSPECTIVA
Arroja B, Canhoto M, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H.

57. UM CASO DE DIARREIA CRÓNICA
Catarina Vieira, Luís Correia, Helena C. Pinto, José Velosa

58. TRÂNSITO DIGESTIVO DE PARTÍCULAS RADIOPACAS EM DIABÉTICOS TIPO 2 COM DIFERENTE CONTROLO DA GLICEMIA A LONGO PRAZO
Xavier Jorge J, Matos HC, Delgado FJ, Oliveira, MHP, Oliveira FMR, Pinto Machado J, Coelho AC, Silva AC, Almeida CC.

59. ESTUDO DO TRÂNSITO DIGESTIVO COM PARTÍCULAS RADIOPACAS ÀS 24 HORAS, EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS EM FUNÇÃO DO GÊNERO
Xavier Jorge J, Matos, HC, Pinto Machado J, Almeida CC.

60. SENSIBILIDADE MÍNIMA LIMIAR, CAPACIDADE RECTAL MÁXIMA E REFLEXO RECTO-ANAL INIBITÓRIO EM PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 COM OU SEM SENSACÃO DE DEFECACÃO INCOMPLETA
Xavier Jorge J, Cardoso Borges CI, Panão EA, Simões MA, Delgado FP, Silva AL, Coelho AC, Almeida CC.

61. TERÁ A INSULINOTERAPIA INFLUÊNCIA SOBRE A MOTRICIDADE ESOFÁGICA NOS DIABÉTICOS TIPO 2?
Xavier Jorge J, Cardoso Borges CI, Panão EA, Delgado FP, Almeida CC, Silva AL, Coelho AC.

62. DINÂMICA DA MOTILIDADE ESOFÁGICA EM DIABÉTICOS TIPO 2 DE ACORDO COM A IDADE, O GÊNERO E A DURAÇÃO DA DOENÇA
Xavier Jorge J, Cardoso Borges CI, Delgado FP, Panão EA, Simões MA, Almeida CC, Coelho AC, Silva AL.

63. PÓLIPO FIBRÓIDE INFLAMATÓRIO DO ÍLEON COMO CAUSA DE ANEMIA

Monsanto P, Lérias C, Manata F, Cipriano MA, Pina Cabral JE, Gouveia H, Sofia C, Leitão MC.

64. CARCINOMA VERRUCOSO DO ESÓFAGO

Marques I, Lagos C, Horta D, Pinto A, Romão C, Canena J, Leitão J, Raposo J, Neves B, Lourenço I.

65. PSEUDOPOLIPOSE GIGANTE DO CÓLON EM DOENTE COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL:
UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Marques I, Lagos C, Reis J, Pinto A, Raposo J, Neves B, Medeiros F.

66. DIARREIA CRÓNICA: UM CASO DE COLITE MICROSCÓPICA POR LEFLUNOMIDA

Ramos A, Velasco F, Ornelas R, Santos H, Guerreiro H.

67. ESPECTRO TUMORAL ASSOCIADO À SÍNDROMA DE LYNCH:
EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE RISCO COM 15 ANOS.

Lage P, Silva R, Claro I, Rodrigues P, Francisco I, Filipe B, Ferreira S, Mão-de-Ferro S, Albuquerque C, Chaves P, Nobre-Leitão C.

68. POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR DO CÓLON E ADENOMAS MÚLTIPLOS:
A MAIORIA DOS CASOS RESULTA DE MUTAÇÕES NOS GENES APC E MUTYH

Filipe B, Lage P, Baltazar C, Albuquerque C, Mão-de-Ferro S, Claro I, Fragoso S, Vitoriano I, Rodrigues P, Fidalgo P, Cravo M, Chaves P, Nobre-Leitão C.

69. HAVERÁ ALGUMA RELAÇÃO ENTRE O LIMAR MÍNIMO DA SENSIBILIDADE RECTAL
E A VELOCIDADE DAS PARTÍCULAS RADIOPACAS NO TUBO DIGESTIVO?

Xavier Jorge J, Matos HC, Cardoso Borges CI, Pinto Machado J, Panão EA, Simões MA, Almeida CC.

70. ENDOMETRIOSE ILEO-CECAL: UM RARO CASO DE SUBOCLUSÃO INTESTINAL

Costa B, Manso A, Serôdio M, Oliveira D, Castro Sousa F.

71. SUBOCLUSÃO INTESTINAL APÓS TROMBOSE VENOSA MESENTÉRICA ASSOCIADA
A SÍNDROME DE HIPERCOAGULABILIDADE

Costa B, Serôdio M, Maia R, Brito A, Oliveira D, Castro Sousa F.

72. THE IMPACT OF MUCOSAL HEALING ON THE ECONOMIC BURDEN OF CROHN'S DISEASE

Esser D, Waters HC.

73. PERSISTENCY OF INFLIXIMAB DOSING IN CROHN'S DISEASE: PRELIMINARY RESULTS
FROM A CHART REVIEW

Waters HC, McKenzie RS, Lunacsek O, Franklin M, Lennert BJ, Piech CT.

74. CONTROL OF DISEASE FLARES AMONG PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Waters HC, Bolge S, Freedman D, Piech CT.

75. SIGNIFICADO DO CORTISOL SÉRICO ELEVADO NA DII

Nunes ACR, Cardoso H, Cardoso E, Costa Santos C.

76. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COM →10 ANOS DE EVOLUÇÃO

Nunes ACR, Rodrigues S, Costa Santos C.

77. SPATIAL- TEMPORAL MODELING OF GASTRIC CANCER IN THE NORTH OF PORTUGAL
BY PRINCIPLE HISTOLOGY TYPES: 1995-2005

Miguel Henriques Abreu, Joana Gomes Dias, Eduarda Matos, Denisa Mendonça

78. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE 74 CASOS DE COLITE ISQUÉMICA INTERNADOS
NUM SERVIÇO DE GASTRENTEROLOGIA NO INTERVALO DE 3 ANOS

Torres J, Ferreira R, Ferreira M, Mendes S, Pereira MJ, Carvalheiro J, Agostinho C, Mesquita R, Romão Z, Panão E, Campos MJ.

79. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTRENTEROLOGIA - 17 ANOS DE ACTIVIDADE

Freire P, Romãozinho JM, Ferreira M, Amaro P, Leitão MC.

80. ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: O IMPACTO DOS SINAIS DE ALARME

Ferreira R, Torres J, Agostinho C, Marques M, Ferreira M, Mendes S, Pereira MJ, Carvalheiro J, Romão Z, Mesquita R, Panão E, Campos MJ.

81. EVOLUÇÃO DA ACTIVIDADE DUMA UCIGE: ANÁLISE DE DUAS COORTES TEMPORAIS

Freire P, Romãozinho JM, Ferreira M, Amaro P, Leitão MC.

82. DA VELHA VIENA PARA A NOVA MONTREAL: CARACTERIZAÇÃO FENOTÍPICA E EVOLUÇÃO CLÍNICA
DOS DOENTES COM DOENÇA DE CROHN

Rebelo A, Rosa B, Leite S, Moreira MJ, Ribeiro JM, Cotter J.

83. ESOFAGITE EOSINOFILICA - ENTIDADE CLINICA EMERGENTE EM JOVENS ADULTOS

Duque G, Souto P, Gregório C, Ferreira M, Leitão MC.

84. COLITE PSEUDOMEMBRANOSA - CASUÍSTICA DE OITO ANOS

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

85. RESISTÊNCIA PRIMÁRIA DE ESTIRPES DE HELICOBACTER PYLORI ISOLADAS DE DOENTES DA REGIÃO DE LISBOA

Oleastro M, Benoliel J, Santos A, Ratilal P, Liberato M.

86. DOENÇA ASSOCIADA AO CLOSTRIDIUM DIFFICILE: INCIDÊNCIA CRESCENTE EM DOENTES INTERNADOS

Correia L, Dias A, Simão A, Carvalho A, Nascimento Costa JM.

87. MOTIVOS DE PARAGEM DE TERAPÊUTICA COM ANTI-TNF NA ARTRITE REUMATÓIDE
E NA DOENÇA DE CROHN

Nunes A, Vieira A, Fernandes V, Freitas J.

88. UM CASO DE DISFAGIA LUSÓRIA DE INÍCIO TARDIO

Seixas D, Romão V, Pimentel A, Calretas S, Santos R, Nascimento Costa JM.

89. EPIGASTRALGIAS EM DOENTE TRANSPLANTADA

Nunes A, Loureiro R, Sousa R, Santos C, Borralho P, Neves A, Freitas J.

90. A DIVERSIDADE DO ESTADO NUTRICIONAL EM ONCOLOGIA!

Chaves M, Cruz C, Ravasco P, Monteiro Grillo I, Camilo ME.

91. CANCRO GÁSTRICO: CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Ferreira R, Torres J, Agostinho C, Ferreira M, Mendes S, Pereira MJ, Carvalheiro J, Romão Z, Mesquita R, Panão E, Campos MJ.

92. MASSA DO CÓLON DIREITO

Lagos A, Marques I, Romão C, Canena J, Reis J, Neves B.

93. INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE POR S. AUREUS NUM DOENTE COM COLITE ULCEROSA A FAZER INFLIXIMAB

Marques M, Cardoso H, Rodrigues S, Santos C.

94. EFEITOS LATERAIS DA TERAPÊUTICA COM AZATIOPRINA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Pimentel R, Lago P, Caetano C, Salgado M, Moreira T, Pinto R, Areias J.

95. DOENÇA DE BEHÇET INTESTINAL

Ferreira R, Trigo E, Torres J, Agostinho C, Pereira MJ, Carvalheiro J, Fortuna J, Campos MJ.

96. UM CASO DE VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA SOB TERAPÊUTICA COM ADALIMUMAB

Saiote J, Ramos G, Sousa MI, Ramos J.

97. PNEUMATOSE QUÍSTICA INTESTINAL

Gonçalves A, Maldonado R, Velosa J.

98. ESOFAGITE EOSINOFÍLICA NO ADULTO: ASPECTOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS E TERAPÊUTICOS.

Ricardo L, Morgado S, Pires E, Deus J.

99. DIEULAFOY DO RECTO-CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

Gonçalves A, Correia L, Araújo F, Velosa J.

100. EFEITOS ADVERSOS NA ADMINISTRAÇÃO DE INFLIXIMAB - ESTUDO DE 1271 INFUSÕES EM 88 DOENTES.

Nogueira P, Travassos S, Oliveira R, Silva M, Gonzalez P, Roque D, Carvalho C.

101. TERAPÊUTICA DE MANUTENÇÃO COM INFLIXIMAB NA COLITE ULCEROSA - AVALIAÇÃO DA RESPOSTA APÓS 1 ANO DE TERAPÊUTICA

Ramos G, Ramos J, Sousa MI, Valente T, David Marques A, Barreiras J.

102. HEMORRAGIA DIGESTIVA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE HOSPITALIZADO

Catarina Rodrigues, Marinela Major, Ricardo Gorjão, João de Deus

103. COMPLICAÇÃO DE DOENÇA CROHN:SIMULANDO COMPLICAÇÃO CONGÉNITA RARA

Ferreira F, Bastos P, Azevedo F, Monteiro F, Saraiva C, Guimarães M, Pereira P, Costa-Santos C.

104. DOENÇA DE WHIPPLE: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 10 ANOS

Ferreira F, Cardoso H, Azevedo F, Abreu P, Barbosa I, Cunha A, Costa Santos C.

105. COMPLICAÇÃO INTESTINAL RARA NA ARTERITE DE TAKAYASU

Barreiro P, Chagas C, Bispo M, Bana T, Gouveia R, Gonçalves M, Negrão A, Matos L.

106. TUMORES DO INTESTINO DELGADO - DIAGNÓSTICO NÃO TÃO RARO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Gonçalves A, Costa-Macedo T, Velosa J.

107. OCLUSÃO INTESTINAL POR MIGRAÇÃO DE FITOBEZOAR DE ORIGEM GÁSTRICA
Ferreira A, Rolanda C, Pereira P, Martins S, Soares J, Macedo G.
108. SUCESSO TERAPÊUTICO EM HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA COMPLICADA DE CHOQUE EM TESTEMUNHA DE JEOVÁ
Bispo M, Santos M, Ribeiro R, Santos E, Seves I, Pisco M, Mello e Silva A, Matos L.
109. DOENÇA INTESTINAL INFLAMATÓRIA - PERFIL DE SEGURANÇA DO TRATAMENTO COM INFLIXIMAB.
Ramos J, Valente T, Santos L, Sousa MI, Saiote J, Ramos G, Marques AD, Barreiras J.
110. CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO COM NEOPLASIA CÓLICA PROXIMAL AO ÂNGULO ESPLÊNICO
Pinto J, Tente D, Proença L, Leite S, Afonso M, Veloso R, Pinho R, Carvalho J, Fraga J.
111. VARIZES CÓLICAS IDIOPÁTICAS: UM CASO RARO
Araújo R, Machado J, Sadio A, Cancela E, Peixoto P, Castanheira A, Ministro P, Silva A.
112. ECOENDOSCOPIA RADIAL: APLICABILIDADE CLÍNICA
Lopes S, Soares JB, Gomes A, Macedo G.
113. FALSA NEOPLASIA DO RECTO - UM CASO CLÍNICO
Silva R, Fidalgo P, Mestre C, Chaves P, Nobre Leitão C.
114. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: VALIDAÇÃO DE ESCALAS DE ESTRATIFICAÇÃO E DE PROGNÓSTICO
Afonso M, Veloso R, Leite S, Pinto J, Freitas T, Carvalho J, Fraga J.
115. A EXPERIÊNCIA NO ESTADIAMENTO ECOENDOSCÓPICO DO CARCINOMA DO RECTO
Pimentel R, Castro Poças F, Lago P, Vieira AM, Moreira T, Pinto R, Areias J.
116. PREDIÇÃO DE VARIZES ESOFÁGICAS EM DOENTES COM HEPATITE CRÓNICA VÍRICA: VALIDAÇÃO DE MÉTODO NÃO INVASIVO.
Veloso R, Leite S, Pinto J, Afonso M, Silva AP, Carvalho J, Fraga J.
117. 1 DOENTE: 4 NEOPLASIAS
Araújo R, Castanheira A, Machado J, Sadio A, Peixoto P, Cancela E, Ministro P, Silva A.
118. NÓDULO PULMONAR: UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO RARA DA DOENÇA DE WHIPPLE
Veloso R, Leite S, Afonso M, Pinto J, Amaral I, Silva AP, Carvalho J, Fraga J.
119. TRATAMENTO DA FISSURA ANAL COM POMADA RECTAL DE NITROGLICERINA 0,4% (RECTOGESIC®): EXPERIÊNCIA INICIAL COM 40 DOENTES
Veloso R, Rodrigues A, Silva AP, Carvalho J, Fraga J.
120. LINFOMA ESOFÁGICO DE PEQUENAS CÉLULAS TIPO B
Araújo R, Machado J, Silva H, Sadio A, Castanheira A, Cancela E, Peixoto P, Ministro P, Silva A.
121. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA: A IMPORTÂNCIA DO BUN (BLOOD UREA NITROGEN) NA ESTRATIFICAÇÃO DOS DOENTES
Veloso R, Leite S, Afonso M, Pinto J, Silva AP, Carvalho J, Fraga J.

122. HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ÚLCERA PÉPTICA: AVALIAÇÃO DE VARIÁVEIS ENDOSCÓPICAS E RELAÇÃO COM A RECIDIVA E MORTALIDADE

Veloso R, Leite S, Pinto J, Afonso M, Silva AP, Carvalho J, Fraga J.

123. SEGURANÇA DAS HEPARINAS DE BAIXO PESO MOLECULAR (HBPM) APÓS EPISÓDIO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA

Afonso M, Leite S, Pinto J, Veloso R, Pinho R, Freitas T, Carvalho J, Fraga J.

124. EXTRACÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO DO CÓLON

Afonso M, Leite S, Pinto J, Veloso R, Freitas T, Carvalho J.

125. TROMBOEMBOLISMO GRAVE, ADENOCARCINOMA E DOENÇA DE CROHN EM JOVEM DE 22 ANOS

Veloso R, Leite S, Afonso M, Pinto J, Silva AP, Carvalho J, Fraga J.

126. ACHADOS DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA EM 300 DOENTES AVALIADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Moreira T, Salgado M, Cardoso C, Pinto R, Pimentel R, Villas-Boas G, Soares J, Areias J.

127. FACTORES DE RISCO DE FIBROSE EM DOENTES COM HEPATITE CRÓNICA C E CONSUMO LIGEIRO DE ÁLCOOL

Cerqueira R, Correia M, Fernandes C, Manso MC.

128. MICRORNA-122 ENDÓGENO HEPÁTICO NA HEPATITE CRÓNICA C E RESPOSTA TERAPÊUTICA

Redondo I, Calinas F, Neves S, Oliveira M, Paixão E, Penque D, Peneda J.

129. MICRORNA-22 E ACTIVIDADE INFLAMATÓRIA DA HEPATITE CRÓNICA C

Neves S, Oliveira M, Redondo I, Calinas F, Paixão E, Peneda J, Penque D.

130. DOENTES INTERNADOS NUMA UCIGE: O FACTOR HEPATOPATIA

Freire P, Romãozinho JM, Amaro P, Ferreira M, Camacho E, Leitão MC.

131. COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA: FACTORES DE RISCO E VALOR PROGNÓSTICO

Freire P, Portela F, Duque G, Tomé L, Ferreira M, Andrade P, Leitão MC.

132. PECOMA HEPÁTICO E TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO ESPLÉNICO. DUAS PATOLOGIAS RARAS COM APRESENTAÇÃO SÍNCRONA.

Carvalho C, Tralhão JG, Martins M, Oliveira, Pereira A, Portela I, Cipriano MA; Castro e Sousa F.

133. AUTO-ANTICORPOS NÃO ESPECÍFICOS DE ÓRGÃO E OBESIDADE MÓRBIDA: CORRELAÇÃO COM FÍGADO GORDO NÃO ALCÓOLICO E SEUS FACTORES DE RISCO

Machado MV, Costa A, Coutinho J, Carepa F, Alves N, Cortez-Pinto H.

134. RESSECÇÃO HEPÁTICA POR HEPATOCARCINOMA: UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA COMPENSADORA?

Castro Sousa F, Costa B, Tralhão G, Serôdio M, Carvalho C.

135. HEPATITE AUTO-IMUNE: AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS E COMPARAÇÃO DE 2 SCORES DE DIAGNÓSTICO

Machado MV, Nunes J, Costa A, Fernandes A, Cortez-Pinto H, Velosa J.

136. SINDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA COM LESÃO HEPÁTICA

Marcos Pinto R, Ferreira J, Pedroto I, Areias J.

137. INFLUÊNCIA DO VALOR DA ALT NA ELASTOGRAFIA HEPÁTICA DE DOENTES COM HEPATITE B E C CRÓNICA.

Baldaia C, Serejo F, Marinho R, Ferreira C, Velosa J.

138. HEPATITE AUTO-IMUNE E INFLIXIMAB - QUE RELAÇÃO?

Silva R, Cravo M, Fonseca R, Nobre Leitão C.

139. HISTÓRIA NATURAL DO HEPATOCARCINOMA NA POPULAÇÃO PORTUGUESA: CORTE DE 15 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Pimentel-Nunes P, Gonçalves A, Martins A, Fatela N, Cortez-Pinto H, Marques-Vidal P, Marinho R, Ramalho F, Velosa J.

140. HEPATITES AUTOIMUNES - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Duque G, Gomes D, Ferreira M, Leitao MC.

141. UM PROGRAMA DE LAQUEAÇÃO ELÁSTICA SECUNDÁRIA DE VARIZES ESOFÁGICAS.

Marcos Pinto R, Pedroto I, Castro Ferreira J, Moreira T, Pimentel R, Areias J.

142. FACTORES METABÓLICOS SÃO RESPONSÁVEIS POR ALT ELEVADA EM DOENTES COM HEPATITE B CRÓNICA

Baldaia C, Velosa J, Marinho R, Serejo F, Ferreira C, Outerelo L.

143. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RESPOSTA À TERAPÊUTICA EM DOENTES COM HEPATITE C CRÓNICA.

Serejo F, Baldaia C, Ferreira C, Marinho R, Velosa J.

144. ABCESSOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Carvalho JM, Santos A, Mendes S, Ribeiro P, Torres J, Ferreira R, Pereira MJ, Campos M J.

145. IMPORTÂNCIA DA INFECÇÃO NO DOENTE CIRRÓTICO

Gonçalves A, Pimentel-Nunes P, Fatela N, Ramalho F, Velosa J.

146. FACTORES RELACIONADOS COM A SOBREVIDA NUM GRUPO DE DOENTES COM CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC)

Torres J, Ferreira R, Agostinho C, Marques M, Ferreira M, Mesquita R, Mendes S, Carvalho J, Pereira MJ, Romão Z, Panão E, Campos MJ.

147. Mutações do Gene HFE e Sobrecarga de Ferro

Ferreira A, Soares J, Pereira P, Branca F, Mota-Garcia F, Lopes S, Machado A, Rolanda C, Macedo G.

148. ASSOCIAÇÃO ENTRE O PERFIL METABÓLICO E A GORDURA VISCERAL NA HEPATITE C

Pinto J, Leite S, Afonso M, Veloso R, Pinho R, Proença L, Carvalho J, Fraga J.

149. HEPATITES CRÓNICAS B E C: ANÁLISE COMPARATIVA DO RISCO METABÓLICO E GORDURA VISCERAL
Pinto J, Leite S, Afonso M, Veloso M, Pinho R, Proença L, Carvalho J, Fraga J

150. PAPEL DOS RECEPTORES DAS CÉLULAS NK (KIR) E HLA
NA PROGRESSÃO PARA FIBROSE EM DOENTES COM HEPATITE CRÓNICA C
Leite S, Alves H, Silva AP, Pinto J, Afonso M, Veloso R, Lima B, Dias M, Fernandes S, Carvalho J, Fraga J.

151. FIBROSCAN: PODERÁ SUBSTITUIR A BIÓPSIA PRÉ-TRATAMENTO NA HEPATITE B CRÓNICA?
Soares JB, Pereira P, Lopes S, Pardal F, Macedo G.

152. ESTUDO PROSPECTIVO DE SEDAÇÃO NA COLONOSCOPIA - ESTUDO PRELIMINAR
Quintela C, Saiote J, Soeiro A, Porto F, Bettencourt MJ.

153. FACTORES DE RISCO PARA HEMORRAGIA POR ESCARA DE LAQUEAÇÃO DE VARIZES ESOFÁGICAS
Nunes J, Ribeiro S, Valente A, Palma R, Glória H, Baldaia C, Alexandrino P, Velosa J.

154. NECROSE GÁSTRICA
Lomba-Viana H, Pires J, Correia A, Mendonça A, Grangeia L.

155. PÓLIPO DO RECTO PROLAPSADO
Caldeira A, Pereira B, Sousa R, Pereira E, Gonçalves R, Tristan J, Banhudo A.

156. ESTENOSE BENIGNA DO ESÓFAGO DE DIFÍCIL RESOLUÇÃO
Caldeira A, Pereira B, Tristan J, Sousa R, Pereira E, Gonçalves R, Banhudo A.

157. TRATAMENTO PALIATIVO EM GASTRENTEROLOGIA - QUANDO AS TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS SE COMPLEMENTAM
Caldeira A, Pereira B, Tristan J, Sousa R, Pereira E, Gonçalves R, Banhudo A.

158. ANGIODISPLASIA DO DELGADO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA OBSCURA
Caldeira A, Bastos P, Pereira B, Monteiro A, Sousa R, Pereira E, Banhudo A.

159. NEURÓLISE DO PLEXO CELÍACO - COMPLEMENTO NO TRATAMENTO DA DOR
Caldeira A, Pereira B, Pereira E, Duque I, Sousa R, Tristan J, Gonçalves R, Banhudo A.

160. IMPORTÂNCIA DA ANESTESIA OROFARÍNGEA NA PREPARAÇÃO PRÉ-ENDOSCÓPICA
Luís Tomé, Vera Costa Santos, Carlos Gregório, Pedro Amaro, Gabriela Duque, Hermano Gouveia, Maximino C. Leitão

161. DRENO ABDOMINAL PERDIDO
Rosa B, Rebelo A, Moreira MJ, Cotter J.

162. TUMOR NEUROENDÓCRINO - CONTRIBUTO DA CÁPSULA PARA O DIAGNÓSTICO
Rosa B, Rebelo A, Moreira MJ, Cotter J.

163. EXTRACÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPOS ESTRANHOS PERIGOSOS
Nunes ACR, Bastos RP, Costa Santos C.

164. IMPORTÂNCIA DA ECOGRAFIA ENDO-ANAL NO ESTUDO DA DOR ANAL
Vieira AM, Castro-Poças F, Lago P, Pimentel R, Pinto R, Areias J.

165. ECOGRAFIA ENDO-ANAL NO ESTUDO DA PROCTALGIA FUNCIONAL
Vieira AM, Castro-Poças F, Lago P, Pinto R, Pimentel R, Mascarenhas-Saraiva M, Areias J.
166. DOENÇA DE MÉNETRIER
Chagas C, Barreiras P, Martins AP, Lebre L, Weigert A, Dickson A, Matos L.
167. ECOGRAFIA ENDO-ANAL PREVÊ A RESPOSTA AO TRATAMENTO CIRURGICO NA INCONTINÊNCIA ANAL
Marcos Pinto R, Castro Poças F, Cardoso C, Lago P, Mascarenhas Saraiva M, Moreira T, Pimentel R, Pereira G, Areias J.
168. AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DA "BURIED BUMPER SYNDROME" EM 250 DOENTES CONSECUTIVOS SUBMETIDOS A PEG
Fonseca J, Santos C, Nunes AS, Sousa R, Loureiro R, Marques PP, Vieira A, Freitas J.
169. PÓLIPO GIGANTE DO ÍLEON
Arroja B, Canhoto M, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H, Amado C, Amado S, Coelho M.
170. JEJUNOSTOMIAS PERCUTÂNEAS ENDOSCÓPICAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO ONCOLÓGICO
Cardoso E, Pimentel-Nunes P, Brandão C, Mesquita N, Dinis-Ribeiro M, Silva R, Moreira-Dias L.
171. "CAP" POLIPOSIS - UMA CAUSA RARA DE RECTORRAGIA.
Cardoso E, Afonso M, Dinis-Ribeiro M, Henrique R, Pimentel-Nunes P, Brandão C, Mesquita N, Silva R, Moreira-Dias L.
172. HEMATOMA ESOFÁGICO ESPONTÂNEO COM FOLLOW UP ENDOSCOPICO
Marcos Pinto R, Caetano C, Castro Ferreira J, Areias J.
173. ENDOSCOPIA COM CÁPSULA PILLCAM® COLON (EPC) NA DETECÇÃO DE PÓLIPOS COLORECTAIS
Cardoso H, Figueira P, Bastos P, Marques M, Santos C.
174. UTILIDADE DA ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO (EDB) NO DIAGNÓSTICO E DECISÃO TERAPÊUTICA AVALIADA PELOS MÉDICOS ASSISTENTES DOS DOENTES
Serrano M, Mão de Ferro S, Dias Pereira A, Nobre Leitão C.
175. RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA E FOLLOW-UP DE GRANDES PÓLIPOS SÉSSEIS COLO-RECTAIS
Rolanda C, Carvalho J, Lamelas J, Soares J, Ferreira A, Caetano AC, Gonçalves R, Lopes S, Machado A, Pereira P, Rodrigues M, Pardal F, Macedo G.
176. VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA - ACUIDADE DIAGNÓSTICA E IMPLICAÇÕES NA TERAPÊUTICA E PROGNÓSTICO - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE GASTRENTEROLOGIA
Ricardo L, Martins A, Félix J, Deus J.
177. ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL - EXPERIÊNCIA DE 1 ANO
Moutinho-Ribeiro P, Cotter J.
178. A ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA
Monsanto P, Almeida N, Figueiredo P, Lopes S, Gouveia H, Leitão MC.

179. A ECOENDOSCOPIA NOS MEANDROS DAS LESÕES SUBEPITELIAIS GÁSTRICAS

Moutinho-Ribeiro P, Cotter J.

180. BALÃO INTRAGÁSTRICO BIOENTÉRICO (BIB) PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE: EFICÁCIA AOS 2 ANOS APÓS EXTRACÇÃO

Leite S, Rodrigues A, Proença L, Almeida R, Alves M, Lacerda I, Quintas M, Céu S, Carvalho J, Fraga J.

181. AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DA EFICÁCIA DA COLOCAÇÃO DE PRÓTESES ESOFÁGICAS METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS PARA PALIAÇÃO DO CARCINOMA DO ESÓFAGO

Fidalgo C, Silva R, Serrano M, Mão de Ferro S, Lage P, Dias Pereira A, Nobre Leitão C.

182. MELANOMA METASTÁTICO GASTROINTESTINAL: A PONTA DO ICEBERG

Leite S, Rodrigues A, Pinto J, Afonso M, Veloso R, Carvalho J, Fraga J.

183. COMPARAÇÃO DA ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO UTILIZANDO AGULHAS 19G OU 22G NAS LESÕES SUBMUCOSAS DO TUBO DIGESTIVO

Fidalgo C, Faias S, Fonseca R, Mendonça E, Nobre Leitão C.

184. INJECCÃO ENDOSCÓPICA DE N-BUTIL-2-CIANOACRILATO (HISTOACRYL®) NA HEMORRAGIA AGUDA POR VARIZES GÁSTRICAS

Monsanto P, Almeida N, Rosa A, Maços F, Lérias C, Portela F, Amaro P, Ferreira M, Gouveia H, Leitão MC.

185. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NÃO CLASSIFICADA/COLITE INDETERMINADA: IMPACTO CLÍNICO DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA

Lopes S, Freire P, Figueiredo P, Portela F, Duque G, Almeida N, Gouveia H, Leitão MC.

186. COMPLICAÇÕES DA ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO: 4 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Carvalho R, Almeida N, Figueiredo P, Lopes S, Gouveia H, Leitão MC.

187. ESTADIAMENTO DE 101 NEOPLASIAS DO ESÓFAGO POR ECOENDOSCOPIA

Moreira T, Castro-Poças F, Lago P, Santos H, Areias J.

188. PALIAÇÃO DE OBSTRUÇÕES MALIGNAS BILIARES E DUODENAIIS COM PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS COMBINADAS

Barreiro P, Bispo M, Bana T, Serra D, Matos L.

189. RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMORES DA AMPOLA DE VATER: ANÁLISE DA SUA SEGURANÇA E EFICÁCIA A LONGO-PRAZO

Bispo M, Barreiro P, Bana T, Serra D, Matos L.

190. PALIAÇÃO EM 2 CASOS DE LINITE PLÁSTICA GÁSTRICA

Barreiro P, Bispo M, Bana T, Serra D, Matos L.

191. ACUIDADE DA ECOENDOSCOPIA NO ESTADIAMENTO DAS NEOPLASIAS DO ESÓFAGO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Moreira T, Castro-Poças F, Lago P, Areias J.

192. INFILTRAÇÃO MULTISEGMENTAR DO TUBO DIGESTIVO POR LINFOMA: CASO CLÍNICO COM 10 ANOS DE EVOLUÇÃO

Fidalgo C, Faias S, Cravo M, Nobre Leitão C.

193. TERAPÊUTICA PALIATIVA DO COLANGIOPCARCINOMA HILAR IRRESSECÁVEL COM PRÓTESES BILIARES

Bispo M, Bana T, Barreiro P, Serra D, Matos L.

194. HEMOSTASE COM CLIPS EM HEMORRAGIA DIVERTICULAR

Pinto J, Pinho R, Leite S, Afonso M, Veloso R, Proença L, Fraga J.

195. ACUIDADE DIAGNÓSTICA DA CÁPSULA ENDOSCÓPICA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA

Gonçalves A, Costa-Macedo T, Velosa J.

196. HEMORRAGIA POR DIEULAFOY DA PAPILA DE VATER

Rego AC, Nunes N, Pereira JR, Paz N, Duarte MA.

197. PIERCING DO CÓLON

C. Amorim, S. Lino, J. Pasini, F. Aldomiro, C. Salvado, P. Ribeiro, José A. Malhado

198. FÍSTULA ESOFÁGICA POR EROÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS DE ARTRODESE C4-C5

Rego AC, Nunes N, Pereira JR, Paz N, Duarte MA.

199. METALOBEOZOAR GÁSTRICO

Rego AC, Nunes N, Pereira JR, Paz N, Duarte MA.

200. PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS NÃO RECOBERTAS NA OBSTRUÇÃO MALIGNA COLORECTAL: EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS.

Pereira P, Machado A, Rolanda C, Lopes S, Soares JB, Ferreira A, Macedo G.

201. ADENOMA PLANO NO RECTO DISTAL: UTILIDADE DA RETROVERSÃO NO DIAGNÓSTICO.

Afonso M, Leite S, Pinto J, Veloso R, Pinho R, Freitas T, Carvalho J, Fraga J.

202. ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL NA PÚRPURA DE HENoch-SCHONLEIN: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Veloso R, Leite S, Afonso M, Pinto J, Silva AP, Carvalho J.

203. FÍSTULA COLECISTO-ENTÉRICA: A PROPÓSITO DE 4 CASOS CLÍNICOS

Santos L, Sousa MI, Saiote J, Redondo I, Rio-Tinto R, Mendes M, Neves MM.

204. HEMOBILIA

Arroja B, Canhoto M, Barata P, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H, Pais J.

205. O PAPEL DA CPT NO SÉCULO XXI - APRESENTAÇÃO DE 7 DOENTES

Coimbra J, Sousa I, Santos L, Ramos G, Rio-Tinto R, Martins J, Barreiras J, Martins Neves M.

206. NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL - A VIVÊNCIA DA HISTÓRIA NATURAL

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

207. CARCINOMA DESENVOLVIDO EM PÂNCREAS HETEROTÓPICO DO ANTRO GÁSTRICO

Monsanto P, Lérias C, Diogo D, Cipriano MA, Pina Cabral JE, Gouveia H, Sofia C, Leitão MC.

208. VALIDAÇÃO PROSPECTIVA DE UM ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE COLEDOCOLITIASE

Ramos R, Areia M, Souto P, Camacho E, Gomes D, Rosa A, Gouveia H, Leitão MC.

209. PANCREATITE A MESSALAZINA: REACÇÃO DE TOXICIDADE RARA

Ladeira N, Silva R, Velosa M, Andrade C, Jasmins L, Teixeira R.

210. SERÁ A COLECISTECTOMIA NECESSÁRIA APÓS ESFINCTERECTOMIA POR COLEDOCOLITÍASE DEPOIS DOS 70 ANOS?

Santos H, Sousa AL, Sousa D, Peixe B, Ramos A, Guerreiro H.

211. PANCREATITE AUTOIMUNE: UM DESAFIO CLÍNICO

Barreiro P, Bispo M, Bana T, Marques P, Serra D, Chagas C, Couto G, Matos L.

212. COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA TRANSHEPÁTICA DE PRÓTESES METÁLICAS EM OBSTRUÇÕES BILIARES MALIGNAS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Bispo M, Bana T, Barreiro P, Serra D, Matos L.

213. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO PALEATIVO DAS ESTENOSES MALIGNAS DO HILO

Liberato M, Canena J.

214. TUBERCULOSE PANCREÁTICA: UMA FORMA RARA DE TUBERCULOSE

Afonso M, Leite S, Pinto J, Veloso R, Pinho R, Freitas T, Carvalho J, Fraga J.

Índice

XXIX Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva

Comunicações Orais - N^{os} 1 a 42	01
Instantâneos Endoscópicos - N^{os} 43 a 52	23
Posters - N^{os} 53 a 214	29



XXIX Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva

Comunicações Orais

Comunicações Orais - N^{os} 1 a 42

1

ANÁLISE ASSISTIDA POR COMPUTADOR DE IMAGENS DE CROMOENDOSCOPIA GÁSTRICA

Riaz F, Sousa A, Pimentel-Nunes P, Areia M, Coimbra M, Dinis-Ribeiro M

Motivação: Ferramentas computadorizadas de apoio a análise para endoscopia poderão apoiar o processo de aprendizagem e de diagnóstico para as endoscopias de ampliação ou alta-resolução. **Objetivo:** Descrever a validade de uma ferramenta computadorizada que segmenta (divide em áreas de interesse) e classifica imagens de cromosondoscopia de ampliação gástrica. **Métodos:** Dois observadores (MDR e MA) avaliaram independentemente um conjunto aleatório de imagens de ampliação com azul de metileno (n=176) obtidas de vídeos de endoscopias [Olympus Q240Z] gerando uma anotação de uma área de interesse (AI) e classificação (AC) [I(n=56), II(n=96) e III(n=24)]. Algoritmos de segmentação (*mean shift*; *normalized cuts*) produziram uma segmentação automática (SA). Foram adaptados histogramas de cor convencionais (espaço HSV, 256 segmentos) e Operadores *Local Binary Patterns* (LBP) para caracterização da textura resultando num descritor visual final de cor e textura. Vários classificadores estatísticos foram testados usando a plataforma *Weka* e 10 *fold cross-validation* (CE). Avaliações quantitativas e uma relação entre a classificação de dois observadores independentes (PPN e MA) da SA com AI e CE com AC. **Resultados:** Segmentação: A avaliação quantitativa da segmentação foi de 0.77 para *mean shift* e 0.82 para *normalized cuts*. Para os médicos, a SA foi considerada razoável em 62% e 78%; e uma boa representação da AI em 48% e 79%. Classificação: A validade da CE foi 88%; com sensibilidade/especificidade de 93%/84% para o Grupo II e 67%/98% para o III, respectivamente. **Discussão/Conclusões:** Esta será a primeira tentativa de um sistema de classificação automático para endoscopia digestiva (que não para cápsula endoscópica). Apesar de serem necessários mais estudos, este trabalho demonstra a possibilidade de extrair características visuais de imagens de endoscopia e classificá-las de acordo com uma metodologia clínica, o que poderá ser integrado em interfaces num sistema semi-automático para treino e decisão clínica para endoscopia nesta e noutras tecnologias (ex, *NBI*).

Inst. de Telecomunicações/Fac. de Ciências da Universidade do Porto; CINTESIS / Fac. de Medicina do Porto; Serv. de Gastroenterologia / IPO Porto

2

POLIMORFISMOS NO GENE COX-2 E RISCO PARA CANCRO COLO-RECTAL: UMA ESTRATÉGIA PARA A QUIMIOPREVENÇÃO

Pereira C, Pimentel-Nunes P, Brandão C, Moreira-Dias L, Medeiros R, Dinis-Ribeiro M

Introdução: O cancro colo-rectal (CCR) assume-se como um sério problema de saúde pública, representando a principal causa de morte por cancro em Portugal. Os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) devem as suas características que os associam a um reduzido risco para tumores colo-rectais à inibição da enzima COX-2. Esta enzima encontra-se sobre-expressa em 85% dos CCR, contribuindo para importantes etapas da carcinogénese, como inibição da apoptose, indução da proliferação celular, angiogénese e metastização. **Objetivo:** Avaliar a influência dos polimorfismos -1195A>G, -765G>C e 8473T>C no gene COX-2 no desenvolvimento de CCR. **Material e Métodos:** Foi desenhado um estudo caso-controlo de base hospitalar envolvendo 373 indivíduos: 117 com diagnóstico de CCR e 256 indivíduos sem evidência clínica de cancro. Os genótipos foram caracterizados por PCR-RFLP ou PCR em tempo real. **Resultados:** O polimorfismo -1195A>G associou-se a um risco de 1.74 para CCR (IC95%:1.011-2.975), que foi acentuado em homens (OR=2.58; IC95%:1.29-5.15) e em fumadores ou ex-fumadores (OR=10.3; IC95%:3.37-31.2). Curiosamente, quando avaliada a interação entre estas três variáveis (genótipo, género e consumo de tabaco) verificamos, não só, que os homens fumadores ou ex-fumadores portadores do alelo -1195G apresentavam uma predisposição 9x superior para desenvolvimento tumoral (IC95%:2.940-27.64), mas também, que o diagnóstico de CCR era antecipado em cerca de 7 anos quando comparados com indivíduos de genótipo -1195AA. Relativamente, aos restantes polimorfismos não se observaram diferenças na distribuição dos genótipos entre casos e controlos. **Conclusão:** O polimorfismo -1195A>G parece modular a susceptibilidade genética para o desenvolvimento de CCR, principalmente em indivíduos do sexo masculino que alguma vez tenham fumado. A incorporação de biomarcadores genéticos em modelos de risco para CCR poderá permitir um racional clínico para o uso de AINEs que actualmente se encontra comprometido pelas sérias complicações gastrointestinais que advêm do seu consumo prolongado.

Instituto Português de Oncologia do Porto, FG-EPE

3

NOVOS FACTORES PROGNÓSTICOS DO CANCRO COLORECTAL PRIMÁRIO E COM METASTASES HEPÁTICAS: CARACTERIZAÇÃO MOLECULAR DE CÉLULAS TUMORAIS CIRCULANTES.

Tralhão J.G., Santos P.V., Seródio M., Portela I., Pereira A., Carvalho C., Oliveira J., Leite J.S., Santos P., Botelho M.F., Paiva M.L. e Castro e Sousa F.

A presença de células tumorais circulantes(CTC) surge como factor prognóstico de sobrevida do cancro colorectal(CCR). Objectivo: Identificação de novos factores de prognóstico nas CTC de CCR primário ou metástases hepáticas (METCCR) que poderão contribuir para um estadiamento molecular do CCR. Métodos: 1) Estudo prospectivo 54 doentes-CCR [24M e 30H; 69,5 \pm 8,5 anos (46-83)]; submetidos a tratamento cirúrgico com intúitos curativos: 19 doentes por METCCR, dois casos com CCR e METCCR, e 33 por CCR (côlon-20; recto-13). Classificação TNM. 2) Colheitas de sangue periférico (3 ml) no início (T0), após a ressecção do tumor (T1) e no fim da intervenção cirúrgica (T3). 3)Quantificação relativa da expressão genética por transcrição reversa (RT) e PCR (Polymerase Chain Reaction)-(RT-PCR). 5) Genes de interesse avaliados nas CTC de CCR: gene da citoqueratina20(CK20); do antigénio carcinoembrionário (CEA); da guanilato ciclase(GCC); dos factores de crescimento do endotélio A, B, C e D(VEGF A,B,C e D); do marcador endotelial de tumor8(TEM8), e da timidilato sintetase(TS). 6) Os valores da expressão genética relativa foram obtidos utilizando a formula matemática do método Δ Ct e normalização par cada amostra. Teste de Kruskal-Wallis se $p < 0.05$. Resultados: 1) Dos genes de interesse escolhidos verificamos a existência de diferenças na expressão relativa dos genes avaliados nas CTC em doentes com CCR e com a mesma classificação TNM (CEA, do VEGFA e TS). 2) O gene que codifica a TS foi o que apresentou uma expressão mais heterogénea nas CTC. Conclusões: 1) Primeiro estudo que avalia a expressão genética das CTC de doentes com CCR primário e/ou metastisado. 2) Verificamos uma variabilidade na expressão genética dos genes do CEA, do VEGFA e da TS das CTC. 3) A expressão genética fortemente heterogénea da TS surge, porventura, neste estudo como factor de prognóstico de sobrevida de doentes com CCR ou METCCR.

Clínica Cirúrgica FMUC. Departamento de Cirurgia. Serviço de Cirurgia III. HUC. Coimbra, Portugal.
Centro e Histocompatibilidade do Centro, Coimbra, Portugal
Instituto de Biofísica e Biomatemática IBILI-FMUC. Coimbra, Portugal

4

PAPEL ANTI-PROLIFERATIVO E QUIMIOSENSIBILIZADOR DO MIRNA-143 EM CÉLULAS DE CANCRO DO CÓLON-RECTO

Borralho P.M.,(1) Castro, R.E.,(1) Kren B.T,(2) Moreira da Silva I.B.,(1) Steer C.J.,(2) Rodrigues C.M.P.(1)

Os microRNAs (miRNAs) constituem uma classe de pequenas moléculas de RNA não codificante, cuja função é a regulação pós-transcricional da expressão génica. Vários estudos demonstraram uma expressão aberrante de miRNAs em diversas formas de cancro. A expressão do miRNA-143 (miR-143) encontra-se diminuída no cancro do cólon-recto e noutras formas de cancro, não se sabendo qual o papel biológico deste miRNA, nem que vias moleculares estão envolvidas. O objectivo deste trabalho foi o de avaliar o papel do miR-143 no cancro do cólon-recto e na resposta ao 5-fluorouracilo (5-FU). Foi-nos já possível demonstrar que a sobre-expressão de miR-143 em células HCT116 reduz a proliferação celular ($p < 0.05$) e que células com sobre-expressão estável de miR-143 apresentam maior sensibilidade ao 5-FU, com significativa diminuição de proliferação e aumento de morte celular, nomeadamente apoptótica, face aos controlos ($p < 0.05$). Curiosamente, o 5-FU aumenta a expressão de miR-143 em células HCT116 e SW480 ($p < 0.05$). No entanto, a expressão basal é 100 vezes menor em células SW480 do que em HCT116, podendo este facto estar associado à menor sensibilidade ao 5-FU observada em células SW480. Os nossos resultados demonstraram, ainda, que o miR-143 reduz acentuadamente a expressão da proteína ERK5 e também de NF-kB e Bcl-2 ($p < 0.05$), verificando-se que o 5-FU reduz ainda mais a expressão destas proteínas. Em conclusão, os nossos resultados indicam que o miR-143 regula a expressão de proteínas reguladoras da proliferação, morte celular e resposta à quimioterapia. Mais ainda, o miR-143 aumenta a sensibilidade ao 5-FU, provavelmente através da via ERK5/NF-kB/Bcl-2. Globalmente, os nossos resultados reforçam a relevância do miR-143 no cancro do cólon-recto, sugerindo um papel anti-proliferativo, quimiosensibilizador e pro-apoptótico, podendo a perda de expressão de miR-143 ser preponderante para a progressão tumoral e aumento de resistência à terapêutica. (Financiado por FCG, Portugal)

(1) iMed.Ul., Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa;
(2) Dpt. of Medicine, University of Minnesota Med. School, MN, USA

5

VALOR DO ESTUDO CITOMÉTRICO NO CONTEÚDO DE ADN E NA SEQUÊNCIA ADENOMA-CARCINOMA DO CÓLON

Ramos R, Duarte P, Pereira M, Mascarenhas J, Vicente C, Monteiro A, Tome R, Faria C, Medeiros J.A, Casteleiro Alves C

Introdução: A importância clínica dos pólipos do cólon advém do risco de progressão para cancro colo-rectal. A citometria de fluxo é uma técnica que permite avaliar as diversas fases do ciclo celular e modificações no conteúdo de ADN ao longo da proliferação tumoral.

Objectivo: Avaliar a incidência de aneuploidia em pólipos e tumores do cólon e estudar a sequência adenoma-carcinoma pela comparação do estudo histológico com a citometria de fluxo.

Material/métodos: Fez-se um estudo transversal numa série de 60 amostras de pólipos e biópsias de adenocarcinomas recolhidas por via endoscópica, de forma consecutiva. Todas as amostras foram sujeitas a estudo de ADN mediante citometria de fluxo pela técnica de Vindelov.

Resultados: Do estudo histológico das 60 amostras incluídas neste trabalho, 32 eram adenomas com displasia de baixo grau, 19 adenomas com displasia de alto grau e 9 adenocarcinomas. Detectou-se ADN aneuploide em 9,4% (n=3) dos adenomas com displasia de baixo grau, em 78,9% (n=15) dos adenomas com displasia de alto grau e em 88,9% (n=8) das amostras de adenocarcinoma. Houve associação significativa entre a presença de aneuploidia e displasia de alto grau/adenocarcinoma (p <0.01). Não se verificou diferença entre a displasia de alto grau e adenocarcinoma. Quando se relacionou a presença de displasia de alto grau/adenocarcinoma com a fase proliferativa (fase S) verificou-se que havia uma associação significativa entre ambas (p <0.01).

Conclusão: A aneuploidia parece ter um papel na sequência adenoma-carcinoma. O estudo histológico continua a ser o "gold standard" na avaliação desta sequência. Na citometria de fluxo a displasia de alto grau tem um comportamento idêntico ao adenocarcinoma

Serviço de Gastroenterologia - Centro Hospitalar Cova da Beira

6

ESTUDO PROSPECTIVO DA ACUIDADE DA ECOGRAFIA HIDROCÓLICA

Caldeira A, Pereira B, Pereira E, Sousa R, Gonçalves R, Tristan J, Banhudo A

Introdução: A ecografia hidrocólica (EH) pode ter um papel relevante no diagnóstico, estudo e orientação do doente com suspeita de patologia do cólon. Contudo, a sua utilidade e o lugar que pode ocupar na prática clínica está, ainda, pouco esclarecido. **Objectivo:** Avaliar a possibilidade de a EH representar uma abordagem auxiliar no estudo do cólon. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo com selecção aleatória de 106 doentes propostos para colonoscopia óptica (CO), que fizeram preparação intestinal, e aceitaram participar sob consentimento informado. Todos os doentes foram submetidos a EH antes da CO. Análise dos resultados por métodos estatísticos, utilizando o software SPSS15.0. **Resultados:** Incluídos 106 doentes (56 homens e 50 mulheres), com idade de 68,9±11,1 anos. **Indicação:** 49% por rastreio do cancro colorectal, 46,2% por sintomatologia, 4,8% por metástases hepáticas ou ganglionares. **Exames sem alterações:** 77 EH, 55 CO. **A sensibilidade (S) e especificidade (S) gerais da EH na detecção de pólipos foi 21.7% e 93.7%, respectivamente. Atendendo à dimensão, a EH apresentou para pólipos com >10mm (n=15) S, E, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo de 80%, 98.9%, 92.3% e 96.9%, respectivamente. A CO diagnosticou 12 neoplasias, todas identificadas na EH, apresentando uma S e E de 100%. A técnica foi bem tolerada por 94.3% doentes, 5.7% referiram desconforto moderado. O tempo médio da EH foi 13,7±5 min. Conclusão:** A EH é um exame inócuo, pouco demorado, muito bem tolerado pelo doente e pouco dispendioso que permite detectar pólipos com >10mm. Provou uma S e E de 100% na detecção de neoplasias do cólon. Nas lesões estenosantes não franqueáveis com colonoscópio, permitiu despistar a presença de lesões síncronas. Em casos seleccionados pode complementar ou apresentar-se como alternativa, ao estudo endoscópico, no doente com clínica sugestiva de patologia do cólon. (Projecto patrocinado pelo Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais).

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano

7

AVALIAÇÃO IN VIVO DO ENCERRAMENTO DE GASTROTOMIAS COM CLIPS OTSC NUM MODELO EXPERIMENTAL

Rolanda C, Lima E, Silva D, Moreira I, Macedo G, Correia-Pinto J

Introdução: O encerramento eficaz da gastrotomia continua a constituir a maior limitação à translação da cirurgia transgástrica para Humanos. Recentemente, surgiu um novo sistema de clip endoscópico [Over-the-Scope-Clips (OTSC®)]. Com o intuito de testar a sua eficácia in vivo, planeámos este estudo em que aplicámos clips OTSC® para encerramento da gastrotomia após a realização de um procedimento transgástrico simples.

Material e Métodos: No modelo animal porcino criámos dois grupos experimentais (5 animais cada) em que realizámos laqueação da veia testicular (modelo experimental para varicocelectomia de Palomo): grupo 1, gastrotomia dilatada até 18 mm, cirurgia realizada com um endoscópio de duplo canal; grupo 2, dilatação até 13 mm, cirurgia realizada com endoscópio de canal único. Em ambos os grupos, a laqueação da veia testicular foi realizada por acesso transgástrico. Após a cirurgia, a gastrotomia foi encerrada com o sistema de maior dimensão dos OTSC® (12 mm) em ambos os grupos. Os animais foram clinicamente seguidos durante um período de sobrevida de 15 dias, após o qual foram sacrificados e submetidos a necrópsia.

Resultados: Utilizando equipamento endoscópico standard, o procedimento cirúrgico decorreu sem complicações em ambos os grupos. Durante o período de sobrevida e necrópsia, verificou-se que no grupo 1, 2/5 dos animais tiveram complicações relacionadas com o encerramento incompleto da gastrotomia, enquanto em todos os animais do grupo 2 a necrópsia revelou encerramento completo sem complicações intra-peritoneais.

Conclusões: A aplicação do sistema OTSC® revelou-se fácil e eficiente no encerramento da gastrotomia quando os tamanhos do clip e da gastrotomia estão correctamente emparelhados.

Instituto de Ciências da Vida e da Saúde
Escola de Ciências da Saúde - Universidade do Minho

8

CROMOSCOPIA COM LUGOL E ENDOSCOPIA DE NBI NO DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC) ESOFÁGICO EM DOENTES COM NEOPLASIAS DO FORO ORL

Pimentel-Nunes P, Santos L, Cardoso E, Henrique R, Monteiro E, Dinis-Ribeiro M, Moreira-Dias L

Introdução: O rastreio endoscópico de lesões esofágicas em doentes com neoplasias do foro ORL parece justificado pelo risco acrescido de neoplasias espinocelulares esofágicas nestes doentes, sendo sugerido que a cromoscopia com Lugol poderá revelar-se como útil. As novas tecnologias de endoscopia de alta resolução (EDA-AR) e o Narrow Banding Imaging (NBI) têm sido pouco estudadas neste contexto. **Objectivo:** Determinar a prevalência de CEC do esófago em doentes com história pessoal de neoplasia do foro ORL e comparar a validade diagnóstica da cromoscopia com Lugol vs EDA-AR vs NBI nesse contexto. **Material e Métodos:** Série consecutiva de 32 doentes com carcinoma primário do foro ORL, todos homens, com idade mediana de 58 anos [min=38; max=82], a maioria assintomáticos, submetidos a endoscopia (EDA) com endoscópio GIF H180 entre Fev-2008 e Fev-2009. A observação esofágica foi efectuada por 2 endoscopistas que, de forma independente, em cada doente, utilizaram EDA-AR e NBI seguida de Lugol a 2% (por ambos). Todas as áreas consideradas suspeitas foram biopsadas e avaliadas histologicamente. **Resultados:** Tolerância: Em dois doentes não se fez cromoscopia por dificuldade respiratória prévia ao procedimento (n=1) e intolerância do doente ao exame (n=1). Dois doentes apresentaram vômito e um teve dor abdominal após cromoscopia. **Prevalência e comparação diagnóstica:** (ver Tabela)

	EDA-AR n(%)	NBI n(%)	Lugol n(%)	Total
EDA - Alterações n(%)	7(22)	5(16)	4(12)	7(22)
EDA -Suspeita CEC n(%)	1(3)	3(9)	3(9)	3(9)
Histologia - CEC n(%)	1(3)	2(6)	2(6)	2(6)

Conclusões: Apesar de se tratar de um estudo não randomizado, numa pequena série numa única instituição, os resultados apresentados são concordantes com o descrito na literatura (prevalência de 6%). Pode admitir-se que o uso de NBI e/ou Lugol, possa representar um ganho adicional (6% vs 3%).

Serviço de Gastrenterologia - IPO Francisco Gentil - Porto

9

EXISTIRÁ VANTAGEM EM REALIZAR ENTEROSCOPIA COM UMA CÁPSULA DE DUAS CÂMARAS?

Lopes S., Almeida N., Freire P., Figueiredo P., Gouveia H., Leitão M.C.

A cápsula endoscópica revolucionou a abordagem da patologia do intestino delgado. Os modelos disponíveis utilizam apenas uma câmara para captar as imagens. Recentemente foi introduzida a cápsula do cólon que utiliza duas câmaras.

Objectivo: Determinar se a utilização de um modelo com duas câmaras aumenta o número de achados e, deste modo, a acuidade diagnóstica.

Métodos: Incluídos prospectivamente 10 doentes (7 homens; média etária: 62±12 anos) submetidos a exame com PillCam Colon® após activação definitiva do engenho. Interpretação individual e isolada das imagens do delgado por três gastroenterologistas experientes em enteroscopia por cápsula. Um visualizou apenas as imagens captadas pela câmara “amarela” (CA), o outro as da “verde” (CV) e o terceiro ambas as câmaras. Todos os achados foram confirmados por um quarto observador. Calculado o nível de concordância com recurso ao teste Kappa.

Resultados: Enteroscopia total em todos os casos. Tempo mediano de trânsito no delgado: 75 minutos (30-190). Identificaram-se achados no delgado em 90% dos doentes. O número total de achados foi de 44 (24 identificados só com a CA, 13 só com a CV e 7 visualizados por ambas). Excelente nível de concordância inter-observador para cada uma das câmaras: CA $\kappa = 0,806$ ($p < 0,001$), CV $\kappa = 0,719$ ($p < 0,001$), demonstrando a reprodutibilidade dos achados identificados para a mesma câmara. Pelo contrário, não se verificou concordância entre as duas câmaras ($\kappa = -0,578$) e os três observadores em conjunto ($\kappa = -0,207$), demonstrando ausência de reprodutibilidade para os achados identificados pelas duas câmaras.

Conclusões: A enteroscopia com um modelo de cápsula de duas câmaras permite, num único exame, a detecção de mais achados devido à obtenção de dois registos de imagens, cada um deles em direcção oposta. A utilização deste tipo de cápsula provavelmente aumentaria a acuidade diagnóstica.

Serviço de Gastroenterologia – Hospitais da Universidade de Coimbra

10

COLONOSCOPIA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Freire P., Lopes S., Almeida N., Figueiredo P., Ferreira M., Gouveia H., Leitão M.C.

O carácter invasivo da colonoscopia óptica convencional (COC) tem incentivado a procura de alternativas. A colonoscopia por cápsula endoscópica (CCE) tem evidenciado resultados encorajadores. **Objectivo:** Comparar a performance e a tolerância da CCE com as da COC. **Métodos:** Estudo prospectivo, duplamente cego, com inclusão de 18 doentes (13 homens, idade média: 63±15 anos). Indicação para COC: hematoquécia-38,9%, alteração do trânsito intestinal-11,1% e realização de polipectomia-50%. Avaliaram-se: taxa de colonoscopia total, preparação cólica (excelente, boa, razoável/deficiente, má), tempo de trânsito cólico (TTC), complicações e tolerabilidade. Consideraram-se achados significativos: carcinomas, pólipos ≥ 6 mm, lesões subepiteliais, mucosa irregular e/ou angiodisplasias. **Resultados:** Excluído um exame por avaria técnica. Conseguida colonoscopia total por CCE em 16 doentes. TTC: 157±133min (27-450). Preparação excelente a razoável em 88%. Dispendidos 79±41min na leitura da CCE e 51±23min na realização da CCO ($p < 0,05$). A sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) da CCE foram:

	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)
Todos os achados	62	31	74	31
Achados significativos	80	80	90	80
Pólipos ≥ 6 mm	90	93	93	93
Pólipos < 6 mm	43	73	70	73

A realização da CCE não se associou a complicações. Os 13 doentes que efectuaram COC sem sedação revelaram preferência pela CCE. Os restantes realizaram CCO com sedação e toleraram igualmente os dois métodos. **Conclusões:** A CCE: 1) É um método bem tolerado; 2) Permite a realização de colonoscopia total em 94% dos casos; 3) Parece ter boa acuidade diagnóstica para lesões com relevância clínica.

Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

11**TERAPÊUTICA PALIATIVA DA NEOPLASIA COLO-RECTAL COM PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS (PMAE). EFICÁCIA E SEGURANÇA**

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

Não é clara a história natural dos doentes em quem se utilizam PMAE em situações de oclusão/sub-occlusão, por neoplasias colo-rectais como palição definitiva e existe controvérsia recente sobre a segurança do método. **Objectivo:** avaliar o destino dos doentes, a longo prazo, após a utilização de PMAE na obstrução colo-rectal maligna. **Material:** foram tratados 131 doentes, estando disponíveis para análise retrospectiva até ao óbito 78 doentes (idade média 81,2 anos; 51H,33M). Os doentes foram paliados por quadro de oclusão/sub-occlusão maligna colo-rectal. Todos eram considerados maus candidatos à cirurgia por doença localmente avançada e/ou metástases. As lesões localizavam-se: recto-15 (19,2%), sigmóide/cólon descendente 35 (44,9%), ângulo esplénico-7 (9,0%), transverso-9 (11,5%) e ângulo hepático-12 (15,4%). Os dados foram recolhidos por análise dos processos, relatórios de endoscopia e por chamadas telefónicas. **Resultados:** sucesso técnico e clínico foi obtido em todos os casos. 58 doentes (74,4%) mantiveram o trânsito intestinal até ao óbito, com uma palição média de 8,2 semanas. Oito doentes (10,3%) desenvolveram novo quadro oclusivo por carcinomatose peritoneal e foram operados após palição média de 8,8 semanas. Onze doentes (14,1%) após palição média de 38 semanas, desenvolveram nova oclusão por obstrução da prótese. Foram colocadas com sucesso novas próteses tendo permitido uma palição média de 9,4 semanas até ao óbito. Um doente desenvolveu perfuração às 48 horas com cirurgia e morte. Não existiram casos de migração e dor intratável relacionados com a colocação das próteses. 41 doentes (52,5%) foram submetidos a quimioterapia sem maior taxa de complicações do que os que não foram. **Conclusões:** 1) cerca de 88% dos doentes foram paliados com sucesso, com próteses até ao seu óbito; 2) a taxa de obstrução das próteses é baixa; 3) é reduzido o número de doentes que é operado por carcinomatose peritoneal e perfuração; 4) a quimioterapia não aumentou a taxa de complicações.

Serviço de Gastrenterologia do H. Pulido Valente-CHLN

12**MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA NO TRATAMENTO DE NEOPLASIAS SUPERFICIAIS DO CÓLON E RECTO**

Ramos R., Amaro P., Gradiz R., Monsanto P., Areia M., Pina Cabral JE, Portela F, Lérias C, Gouveia H, Leitão MC.

A mucosectomia endoscópica (EMR) é uma técnica de ressecção de neoplasias superficiais (NS) não pediculadas do tracto digestivo.

Objectivo: Avaliação da pertinência, eficácia e segurança da EMR no tratamento de NS do cólon e recto.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de série consecutiva de doentes (dts) com NS colo-rectais, com dimensões ≥ 20 mm, submetidos a EMR de Jan06 a Ago08.

Resultados: Avaliados 82 dts com idade mediana de 70,5(38-95) anos. Topografia: recto - 41(50%); sigmóide/descendente - 17(20,7%); transverso - 3(3,7%); ascendente/cego - 21(25,6%). Dimensão média: 37,7(20-100) mm. Tipo morfológico: Is - 50 casos; IIa - 12; Is+IIa - 15; IIa+IIb - 2; outras morfologias - 3. Ressecção em bloco: 14(16,9%) lesões com 37,8(20-40) mm. Ressecção fragmentada: 68 (81,9%) com 40,5(20-100) mm. Ressecção endoscópica completa em 90% (n=74), sendo necessária mais do que uma sessão em 12 dts. Complicações: 7 dts (8,5%); precoces em 4 dts e tardias em 3, com necessidade de cirurgia em 2 casos de perfuração e num caso de hemorragia persistente não controlada que veio a falecer. Tratamento cirúrgico: 13 casos (15,9%), por ressecção incompleta (5 dts), invasão da margem profunda (4 dts), ressecção completa não curativa (1 dt) e complicações (3 dts). Diagnóstico: neoplasias intra-epiteliais (NIE) de baixo grau - 48; NIE de alto grau - 19; carcinoma intramucoso - 2; carcinoma submucoso - 8; outros - 5. Seguimento: duração mediana de 18,6(6-39) meses; remissão 68(82,9%) dts; recorrência em 3(3,7%), tratada endoscopicamente.

Conclusões: A EMR revelou-se um método eficaz de ressecção de neoplasias superficiais do colo-rectais num subgrupo de lesões de risco, proporcionando um tratamento curativo em cerca de 83% dos casos. A técnica não é isenta de complicações potencialmente graves, circunstância em que se pode impor o recurso à cirurgia, o mesmo podendo ocorrer na minoria de casos de ressecção não curativa.

Serviço de Gastrenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

13

A ICTERÍCIA COMO FACTOR DE RISCO DA COLESTASE CRÓNICA: MANIFESTAÇÕES CITOPATOLÓGICAS NUMA LINHA HUMANA SAUDÁVEL DE HEPATÓCITOS

Vizetto Duarte C, Fernandes A, Brites D

O interesse deste estudo reside na utilização de uma linha humana de hepatócitos (LHH) que conservam o fenótipo do fígado adulto saudável e no estudo da toxicidade induzida pela bilirrubina e ácido glicocideno-desoxicólico (AGQDC), mimetizando uma colestase crónica associada a icterícia, nunca antes avaliada *in vitro*. As LHH foram incubadas com o AGQDC (100 µM) ou com este e com bilirrubina conjugada (BC, 100 µM) e não conjugada (BNC, 100 µM) na presença de 100 µM de albumina sérica humana, durante 12, 24 e 48 h. Após este período avaliou-se a morte celular por apoptose (activação da caspase 3, utilizando substrato específico, e condensação de cromatina e fragmentação nuclear pela coloração com Hoescht), e por citólise pela libertação da lactato desidrogenase (LDH). A exposição dos hepatócitos à mistura AGQDC+BNC+BC provocou um aumento significativo de todos os parâmetros estudados relativamente à incubação unicamente com o AGQDC. A actividade da caspase 3 duplicou às 12 h de exposição ($p < 0,01$), seguindo-se um aumento de núcleos apoptóticos que atingiu ~8% ($p < 0,05$) após 24 horas e de libertação de LDH de 21% às 48 horas ($p < 0,05$). De notar que estas manifestações citopatológicas foram ainda mais significativas ($p < 0,01$ para todas) se comparadas com o ensaio controlo (unicamente na presença de albumina). Os resultados alcançados evidenciam que o mau prognóstico atribuído à presença da bilirrubina nas colestases hepáticas crónicas se deve à marcada toxicidade que estas moléculas exercem em conjunto, levando à destruição dos hepatócitos por processos de morte celular por apoptose e, maioritariamente, por necrose. Desta forma, a capacidade de algumas células iniciarem processos de sobrevivência só por si ou mediante indução farmacológica será de óbvio interesse na abordagem clínica da icterícia colestática.

Financiado pela FCT (iMed.UL).

Centro de Patogénese Molecular (CPM)/iMed.UL, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa

14

ESTUDO DA CINÉTICA DA REGENERAÇÃO HEPÁTICA NO HOMEM PÓS-HEPATECTOMIA POR MÉTODOS RADIOISOTÓPICOS E O SEU IMPACTO CLÍNICO.

Tralhão JG, Abrantes AM, Cardoso D, Oliveiros B, Botelho MF e F. Castro Sousa.

A fracção de extracção hepatocitária (FEH) por métodos radioisotópicos permite quantificar a captação, transporte e excreção hepatocitária. Objectivo: Avaliar a cinética de regeneração hepática no homem (RHH) através da FEH após hepatectomia (HP). Métodos: Estudo prospectivo, 95 doentes [32M e 63H; 63,2±11,3anos(32-83)] com metástases de carcinoma colorectal(n=69) e de carcinoma gástrico(n=2), hepatocarcinoma(n=16), colangiocarcinoma(n=2), hemangioma(2) e outros(4). Ressecção hepática major(RHMA) em 35 casos e ressecção hepatectomia Minor(RHMI) em 63%. O cálculo da FEH, Tmax e T1/2 (na véspera da HP (T0), no 5º dia do pós-operatório (T5) e um mês após a HP (T30) foi administrado i.v. um bolus de 99mTc-Mebrofenina (aquisição-1hora). Valores normais de FEH, Tmax e T1/2 normais quando de 98,8 ± 0,4%, 18±4,6min e 20,9±14,6min. Resultados: 1)A mortalidade=0%; morbilidade=16%. 2)O valor da FEH foi de 97,3 ± 3% em(T0), de 97,5 ± 8% em(T5) e de 98,7 ± 4% em(T30)(ns). O Tmax foi de 15,6±8,1min(T0), 13,9±5,7min(T5) e 14,1±5,4min(T30) (ns). O T1/2 foi de 35,7±22min(T0), 86,4±105,1min(T5) e 39,5±19,2min(T30)($p < 0,038$). 3)Os doentes submetidos a RHMA a FEH foi 97,2±5,3%(T0), 95,6±12,6%(T5) e 98,9±1,8%(T30) (ns); o Tmax de 16,5±7,3min(T0), 14,3±5,6min(T5) e 15±4,7min (T30)(ns); o T1/2 de 27±26,2min(T0), 89,2±74,3min(T5) e de 42,2±8,7min(T30). O valor T1/2 em T5 comparado com T0 ($p < 0,035$). 4)Os casos de RHMI a FEH foi de 97,4±11%(T0), 98,8±2,4%(T5) e 98,6±4,7%(T30)(ns); de Tmax de 15,2±8,5min de (T0), 13,6±5,9min (T5) e de 13,8±5,7min(T30)(ns); o T1/2 de 39,1±19,4min(T0), 84,6±122,4min em (T5) e 38,6±21,6min(T30). O T1/2 em T5 comparado com T0($p < 0,04$). Conclusões: 1) A RHH é precoce verificando-se uma normalização da função hepática (FEH) no 5º dia do pós-operatório apesar de se verificar um lentificação da excreção biliar (T1/2 ao 5º dia após a HP) que se normaliza ao 30º dia. Esta observação tem um a elevado impacto clínico porque, por exemplo, a quimioterapia adjuvante poderá ser iniciada mais cedo que as dogmáticas três semanas.

Faculdade de Medicina de Coimbra. Clínica Cirúrgica de Cirurgia III. UC. Coimbra, Portugal.
Faculdade de Medicina de Coimbra. Departamento de Biofísica e Biomatemática, IBILI, Coimbra, Portugal

15**MODULAÇÃO DE MICRORNAS DURANTE A REGENERAÇÃO HEPÁTICA E POR ÁCIDOS BILIARES**

Castro RE (1,2), Borralho PM (1,2), Zeng Y (3), Steer CJ (2), Kren BT (2), Rodrigues CMP (1)

Os ácidos biliares são fortes moduladores da apoptose e proliferação celular, bem como dos níveis de expressão génica durante a regeneração hepática em ratos. Neste estudo recorreu-se à análise de microRNAs (miRNAs) por microarrays, como ponto de partida para a avaliação dos mecanismos através dos quais os ácidos biliares modulam o destino celular e, também, para investigar de que modo, miRNAs e ácidos biliares, influenciam a regeneração hepática. Os perfis de expressão de miRNAs em fígados de ratos alimentados com uma dieta controlo ou contendo 0,4% de ácido ursodesoxicólico (UDCA), entre 3 e 72 h após hepatectomia parcial (HP) ou operações *sham*, foram determinados por microarrays. Os resultados mostram que miRNAs envolvidos na proliferação, diferenciação e morte celulares são modulados significativamente após HP. A alimentação com UDCA, não só aumentou o número de miRNAs modulados após HP, como também alterou significativamente a expressão de inúmeros miRNAs em animais *sham*. A análise por RT-PCR em tempo real confirmou o aumento da expressão do miRNA-21 após HP, em ambos os grupos de animais. Curiosamente, em hepatócitos primários de rato, o ácido desoxicólico (DCA) revelou ser um modulador muito mais potente da expressão do miRNA-21, reduzindo-a até 50% às 48 h de incubação. De forma consistente, os níveis da proteína alvo *Programmed Cell Death 4* (PDCD4) aumentaram em células expostas ao DCA. Por fim, verificámos que a sobre-expressão do miRNA-21 inibiu a produção de PDCD4, aumentou a viabilidade celular e inibiu a expressão de PDCD4 e a morte celular induzidas pelo DCA. Este trabalho, permite-nos concluir que miRNAs e ácidos biliares têm, aparentemente, um papel significativo na modulação de genes relacionados com a proliferação e ciclos celulares, após HP. Uma melhor compreensão do processo regenerativo do fígado contribuirá para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas tendo por objectivo induzir o próprio fígado a regenerar-se.

(1) iMed,UL, Faculdade de Farmácia, U. de Lisboa, Portugal; Dept. of (2) Medicine and (3) Pharmacology, U. of Minnesota, Minneapolis, MN, EUA

16**ATENUAÇÃO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA MEDIADA PELO RECEPTOR TLR2 NA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA DE ETIOLOGIA ALCOÓLICA**

Pimentel-Nunes P, Roncon-Albuquerque R Jr, Gonçalves N, Cerqueira C, Cardoso H, Bastos P, Marques M, Dinis-Ribeiro M, Costa-Santos C, Leite-Moreira AF

Introdução: A cirrose alcoólica é uma das formas mais comuns de imunodeficiência adquirida. **Objectivo:** Avaliar a resposta dos receptores da imunidade inata Toll-like receptor (TLR)-2 e 4 em doentes estáveis com cirrose alcoólica. **Métodos:** Sangue foi recolhido de 26 homens com cirrose alcoólica, abstinentes e estáveis, seguidos em consulta de Hepatologia, e de 10 controlos. Procedeu-se a quantificação sérica dos níveis de lipopolissacárido (LPS), sCD14, LPS-binding protein (LBP), TNF- α e IL-10. O isolamento dos monócitos do sangue periférico (MSP) foi feito por selecção positiva com anticorpo monoclonal anti-CD11b magnetizado. A cultura 1ª dos MSP foi estimulada com zimosano (agonista TLR2) e LPS (agonista TLR4). A expressão génica de TLR2 e TLR4 nos MSP foi avaliada após estimulação por RT-PCR. **Resultados:** Em relação aos controlos os doentes apresentaram maiores níveis séricos de LPS (+22.5 \pm 4.1%), LBP (+60.6 \pm 12.2%) e sCD14 (+23.5 \pm 4.6%) ($p < 0.05$), sem diferenças no TNF- α e IL-10. Na tabela podemos ver os resultados da cultura celular. O padrão de expressão génica após estimulação foi semelhante entre os grupos.

		Controlos	Doentes	p	Child A	Child B/C	p
TNF- α (pg/ml/h)	3h	323	143	0.03	177	104	0.3
após Zimosano	6h	573	213	0.005	232	189	0.5
	12h	338	117	0.003	137	93	0.3
TNF- α (pg/ml/h)	3h	241	73	0.07	72	73	0.9
após LPS	6h	62	56	0.8	49	68	0.6
	12h	18	15	0.8	22	40	0.8

Conclusão: A endotoxemia presente nos doentes estáveis com cirrose alcoólica associa-se a diminuição da resposta imunológica mediada pelo TLR2 mas não pelo TLR4. Estas alterações poderão constituir um importante mecanismo de imunodeficiência. **Agradecimentos:** Bolsa APEF2008

Faculdade Medicina do Porto - Serviço de Fisiologia; IPO-Porto - Serviço de Gastrenterologia;

17

VALIDAÇÃO DO NAFLD FIBROSIS SCORE EM DOENTES COM ESTEATOHEPATITE NÃO ALCOÓLICA

Pinto J, Leite S, Afonso M, Veloso R, Pinho R, Proença L, Carvalho R, Fraga J

A esteatohepatite não alcoólica é uma causa prevalente de doença hepática crónica e cirrose no mundo ocidental. Apesar da importância da biópsia hepática no diagnóstico, nos últimos anos têm sido desenvolvidos vários índices não invasivos de fibrose.

Objectivos: Validar o índice NAFLD Fibrosis Score (NFS) numa população de doentes com esteatohepatite alcoólica.

Métodos: Aplicado o NAFLD Fibrosis Score em 89 doentes não seleccionados com esteatohepatite não alcoólica submetidos a biópsia hepática percutânea. Utilizados os cut-offs da publicação original: <-1,455 para excluir a presença de fibrose significativa (F 0-2, Ishak) e >0,676 para predição de fibrose significativa (F3-F6). Análise de curvas ROC.

Resultados: Utilizando o cut-off mais baixo, o NFS foi capaz de excluir presença de fibrose significativa em todos os doentes com fibrose ≤ 2 (AUROC = 0,73; p=0,45), com valor preditivo negativo de 100% (32/32 doentes), evitando a necessidade da biópsia para avaliar a graduação da fibrose em 36% dos doentes avaliados. No entanto, aquando da aplicação do cut-off mais elevado (> 0,676) o NFS não foi capaz de prever a presença de fibrose avançada (p=0,22).

Conclusões: O NAFLD Fibrosis Score demonstrou excelente valor preditivo negativo na nossa população na exclusão de fibrose hepática significativa e poderá ser usado como adjuvante na caracterização dos doentes com esteatohepatite não alcoólica.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

18

SÉPSIS NA CIRROSE HEPÁTICA: PROGNÓSTICO E SOBREVIDA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Bana e Costa T, Santos H., Maldonado R., Valente A., Palma R., Alexandrino P.

Introdução: o mau prognóstico dos doentes cirróticos internados com sépsis condiciona, frequentemente, as decisões terapêuticas. A avaliação de variáveis e índices com potencial prognóstico pode ser útil nesse contexto. Objectivos: avaliar a sobrevida dos doentes cirróticos internados com sépsis numa unidade de cuidados intensivos (UCI) e o potencial preditivo de variáveis clínicas e índices prognósticos. Métodos: avaliação retrospectiva de 81 doentes cirróticos internados consecutivamente (Janeiro 2005 a Dezembro 2007) numa UCI com sépsis na admissão; registo da mortalidade na UCI, no internamento e aos 90 dias; estudo de índices prognósticos: Child-Pugh (CP), SOFA, MELD, FOS (failing organ systems) e de variáveis epidemiológicas, clínicas, analíticas com possível interesse prognóstico. Análise estatística: teste qui² para variáveis categóricas e regressão univariada simples para as contínuas, IC-95%; variáveis com significância foram incluídas numa regressão logística multivariada. Resultados: 81 doentes; idade 56,8 ± 11,0 anos; cirrose alcoólica em 88%; infecções mais frequentes: respiratória (40%), peritonite bacteriana espontânea (24%); agente isolado em 58%. Sobrevidas na UCI e aos 90 dias: 48,1% e 33,3% respectivamente. Análise univariada: as variáveis com efeito significativo na mortalidade foram a necessidade de diálise, ventilação mecânica, suporte cardiovascular, creatinina e os índices prognósticos considerados. Análise multivariada mostrou que as variáveis independentes, determinantes da sobrevida aos 90 dias, foram: SOFA, FOS, necessidade de ventilação mecânica e suporte vascular. Os índices SOFA e FOS revelaram melhor poder discriminativo que o MELD e CP: área sob a receiver operating characteristic curve aos 90 dias, respectivamente, 0,9, 0,85, 0,70 e 0,68. Mortalidade a 90 dias: FOS >1: 91,3%; <2: 34,3%; SOFA >10: 97,6%; <11: 35%. Conclusões: 1) Apesar do mau prognóstico associado, 1/3 dos doentes sobreviveu aos 90 dias 2) Os índices de falência multiorgânica mostraram maior poder discriminativo que os índices de função hepática devendo ser considerados nas decisões de internamento em UCI

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia, S. de Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, E.P.E.

19**DISPLASIA GÁSTRICA DE BAIXO GRAU: EVOLUÇÃO A LONGO-PRAZO**Marcos Pinto R; Salgado M; Castro Ferreira J; Caetano C; Moreira T; Pimentel R; Areias J

Objectivos: Apesar da reconhecida importância da displasia como penúltima etapa da carcinogénese gástrica, a sua história natural não está esclarecida. Pretende-se analisar a evolução a longo prazo da displasia de baixo grau, não submetida a tratamento endoscópico/cirúrgico. **Material e Métodos:** Foram analisados retrospectivamente 32 casos de DBG, com um follow-up mínimo de 12 meses (média-40,2 meses). Foram posteriormente relacionadas as seguintes variáveis: idade, sexo, antecedentes (cirurgia gástrica, úlcera, familiares com neoplasia gástrica), grau de atrofia/metaplasia intestinal. Foi estudada a relação estatística (teste Qui 2) entre as variáveis: evolução (regressão, manutenção e evolução do grau histológico) tipo de lesão endoscópica (mucosa plana, nodular, deprimida) e distribuição anatómica. **Resultados:** Verificou-se que dos 32 casos analisados, 22(69%) eram homens. Constatou-se que 3/32(9,4%) doentes apresentavam idade inferior a 55 anos e simultaneamente história familiar de cancro gástrico. 31/32(97%) apresentavam atrofia e metaplasia intestinal extensa e 25(78%) displasia apenas no antro. Relativamente ao aspecto endoscópico, 16/32(50%) apresentavam displasia em mucosa plana, 13/32(41%) em mucosa nodular e 3/32(9%), em mucosa deprimida. O grau histológico regrediu em 21/32(66%) dos casos (tempo médio de 9,1 meses), manteve-se em 9/32(28%) e evoluiu em 2/32(6%, tempo médio de 48 meses). Das lesões que regrediram, 15/21(71,4%) foram detectadas inicialmente em mucosa plana ($p < 0,008$). Os dois casos (6%) que tiveram evolução histológica das lesões apresentavam inicialmente displasia de baixo grau multifocal, enquanto nenhum dos restantes apresentou multifocalidade ($p < 0,001$). **Conclusões:** A quase totalidade dos doentes apresentou no diagnóstico atrofia/metaplasia intestinal extensa. A maior parte dos doentes (66%) apresentou regressão das lesões no seguimento clínico sendo que 6% dos casos tiveram evolução do grau histológico. Neste estudo a detecção inicial das alterações em mucosa plana correlacionou-se significativamente com a sua regressão. Adicionalmente a multifocalidade das lesões relacionou-se com a sua progressão de uma forma estatisticamente significativa.

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Geral Santo António, Porto

20**HISTÓRIA NATURAL DOS TUMORES MESENQUIMATOSOS DO TUBO DIGESTIVO SUPERIOR E ECOENDOSCOPIA**Santos H., Castro-Poças F., Lago P., Moreira T., Areias J.

Introdução: apesar de benignos na sua maioria, os tumores mesenquimatosos (TM) do tubo digestivo são muito heterogéneos quanto ao seu comportamento biológico sendo difícil determinar a sua evolução e prognóstico. **Objectivos:** avaliar a evolução das lesões do tubo digestivo superior com características ecoendoscópicas (EE) de TM e definir quais destas se associam a alteração da lesão. **Material e métodos:** avaliação retrospectiva das ecoendoscopias e processos dos doentes com diagnóstico de TM do tubo digestivo superior não sujeitos a exérese e com vigilância EE por um período mínimo de 30 meses. Estudadas variáveis epidemiológicas e características EE com possível interesse prognóstico – idade, sexo, localização da lesão, dimensões, definição dos limites, regularidade dos contornos, ecogeneidade, homogeneidade, camada de dependência e preservação da interface com as camadas vizinhas, presença de cistos e calcificações. **Análise estatística:** testes χ^2 , T-Student, exacto de Fisher, regressão logística multivariada; IC- 95%. **Resultados:** seguimento com EE a 82 doentes: idade média: $54 \pm 13,5$ anos; lesões predominantemente localizadas no esófago (56,1%), dependentes da camada muscular própria (71,1%) e com maiores diâmetros transversais médios de 13,9 mm. 85,4% das lesões manteve características EE estáveis durante o seguimento. Das 12 cujas características se alteraram, em 8 essa alteração ocorreu nos primeiros 12 meses; 8 doentes realizaram punção aspirativa com agulha fina e 6 tiveram indicação cirúrgica. Associaram-se a alteração das características EE das lesões: localização no antro ($p=0,038$; odds ratio 1,7), padrão heterogéneo ($p=0,018$; OR 2,3) e dimensão superior a 20 mm ($p=0,038$; OR 5,8). As lesões do esófago apresentaram menos alterações das suas características EE ($p=0,004$; OR 4,2). **Conclusões:** 1) a maioria das lesões manteve as suas características EE inalteradas, nomeadamente as localizadas no esófago; 2) as lesões do antro, heterogéneas e com mais de 20 mm podem merecer vigilância mais estreita e/ou cirurgia principalmente nos primeiros 12 meses.

Sector de Ultra-Sons, Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santo António, Porto.

21

CANCRO DO ESÓFAGO: AVALIAÇÃO DO ESTADIAMENTO, TERAPÊUTICA E SOBREVIVÊNCIA NUM CENTRO DE REFERÊNCIA

Serrano M.(1), Ribeiro S.(1), Mão de Ferro S.(1), Mirones L.(2), Freire J.(3), Casaca R.(4), Cunha J.F.(4), Bettencourt A.(4), Chaves P.(5), Dias Pereira A.(1), Nobre Leitão C.(1)

Introdução: O cancro do esófago (CE) é uma das neoplasias com maior taxa de mortalidade aos 5 anos. A abordagem terapêutica é complexa quer pela agressividade dos tratamentos disponíveis quer pela patologia associada. **Objetivos:** Avaliação retrospectiva dos doentes seguidos na consulta multidisciplinar de CE. **Doentes e métodos:** Incluídos todos os doentes com CE admitidos entre Fev/2007 e Dez/2008, estadiados de acordo com o protocolo da instituição (TAC, broncofibroscopia, observação ORL, ecoendoscopia, PET, provas de função respiratória, ecocardiograma). Terapêutica proposta com base no estágio inicial e nos factores de risco do doente. **Resultados:** Avaliados 156 doentes (146 homens, 10 mulheres, média de idades $62 \pm 11,3$ anos, histologia de carcinoma pavimento celular em 84,6%). Localização: esófago cervical – 8; torácico superior – 15; médio – 39; inferior – 38; mais de um segmento – 56. Extensão de $5,5 \pm 2,7$ cm. Estadiamento: I-9; II-35; III-59 (10 T4 para traqueia); IVA-23; IVB-30. Setenta e três doentes (47%) apresentavam co-morbilidade significativa: DPOC (32), doença hepática crónica (11), HIV+ (2), patologia cardíaca (22) e outras neoplasias (22 - 8 casos de neoplasia ORL síncrona) que condicionaram a terapêutica efectuada. Tratamento: cirurgia 10; QRT neoadjuvante + cirurgia 19; QRT isolada 48; terapêutica endoscópica de intenção curativa em 2 e terapêuticas paliativas em 78 doentes. Mortalidade associada ao tratamento em 12 doentes - 6 por QRT (12,5%) e 6 pós-cirurgia (20%). Sobrevivência global aos 12 meses de 40% (Intervalo confiança 31-48%) e aos 24 meses de 25% (Intervalo confiança 15-36%). A cirurgia e a quimiorradioterapia influenciaram positivamente a probabilidade cumulativa de sobrevivência ($p=0,0001$). **Conclusões:** 1–Os doentes com CE apresentam múltiplas patologias e são geralmente diagnosticados em estádios avançados; 2–O prognóstico destes doentes é mau, independentemente da terapêutica efectuada; 3–A terapêutica do CE associa-se a mortalidade significativa; 4–Apenas ¼ dos doentes estão vivos 2 anos após o diagnóstico.

IPOL,FG,EPE (1)Gastroenterologia, (2)Radioterapia, (3)Oncologia Médica, (4)Cirurgia, (5)Anatomia Patológica

22

SUBSITE-SPECIFIC INCIDENCE RATE OF COLORECTAL CANCER BY GENDER,AGE AND STAGE IN VNGAIA, 1995-2005

Miguel Henriques Abreu 1, M^a Eduarda Matos2,3, Rosa Rocha 3, Jorge Pinto 3

Colorectal cancer (CRC) is the second most common malignancy among males and females in Portugal. Recent studies suggest a trend towards an increase of right-sided tumours which might have important implications for screening and surveillance. Our objective was to describe changes in the distribution of colorectal cancer in the period of 1995-2005, adjusting for age, gender and stage. **Methods:** The 1168 diagnosed cases of CRC were extracted from oncological registry of Gaia, with a resident population of 288713 people. Crude and age-standardised incidence rates were calculated using the European population. The trend of incidence for all tumours, for each period, was estimated by a Poisson regression- model. The “right colon” was considered from caecum to splenic flexure, the “left colon” included descending and sigmoid colon and “rectum included rectosigmoid junction and rectum. **Results:** The crude and age-standardised incidence rates, for colon and rectum tumours were 41, 7; 45, 9 for men and 32, 1; 28, 01 for women respectively. The results of Poisson regression show that incidence cancer rising in all ages groups and the incidence of colorectal tumours in female was lower than men (IRR=0, 57). According to topography, the incidence rates rise for all localizations when the last period is compared with the first one. This rise was not statistically significant for rectum cases in men and for right colon cases in women. The 5 years survival for colorectal tumours was 0, 63 (se=0,014) and is similar in the three considered localizations ($p=0, 39$). **Conclusions:** This study shows an increase in the number of cases of colorectal tumours, particularly in the left colon. We did not observe the “rightward shift” of large bowel malignancies. This fact has relaunched the debate on the technique of choice for exploring the large bowel in screening procedures.

1 IPO, Portuguese Institut of Oncology, Francisco Gentil, Oporto, Portugal
2ICBAS, Biomedics Science Institut of Abel Salazar, University of Oporto, Oporto Portugal
3ROG, Oncological Registry of Gaia,VNGaia, Portugal

23**A CIRURGIA LAPAROSCÓPICA NA NEOPLASIA COLO-RECTAL - UM NOVO PARADIGMA ?**

J. C. Mendes de Almeida; C. Monteiro; M. Limbert; L. Orey Manoel

Introdução: A cirurgia colo-rectal laparoscópica tem benefícios clínicos a curto prazo e resultados oncológicos equivalentes à cirurgia convencional. No entanto, a esta via de acesso são apontados inconvenientes, nomeadamente um tempo de cirurgia prolongado e uma alta taxa de conversão. Neste estudo apresentamos uma nova forma de encarar esta cirurgia.

Material e Métodos: Entre Janeiro de 2007 e Fevereiro de 2009 foram realizadas 437 cirurgias de ressecção colo-rectal, das quais 168 (38,4%) foram laparoscópicas. Este grupo incluiu 97 homens (57,7%) e 71 mulheres (42,3%), com idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos (média 63 anos). Todos os doentes excepto um foram operados por neoplasia ou condição pré-neoplásica. Sessenta e dois doentes (36,9%) tinham sido submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia neoadjuvantes.

As operações efectuadas foram: Ressecção Anterior do Recto – 80 (47,6%); Sigmoidectomia – 27 (16%); Colectomia Total ou Proctocolectomia – 21 (12,5%); Amputação Abdomino-perineal do Recto – 19 (11,3%); Hemicolectomia Direita – 15 (8,9%); Hemicolectomia Esquerda – 4 (2,4%); e Procedimento de Hartmann – 2 (1,2%).

Resultados: A média de tempo operatorio foi de 157 minutos (mín: 65'; máx: 290') e a taxa de conversão 5,3% - 9 cirurgias. As ressecções foram oncológicamente adequadas em 98,8% - 1 caso de irressecabilidade e de 1 caso de margem distal com invasão submucosa microscópica. A morbilidade maior foi de 13,7%, com necessidade de re-intervenção em 13 doentes (7,7%). A mortalidade foi de 0,6% - 1 morte por deiscência anastomótica. A mediana de tempo de internamento pós-operatorio foi de 5 dias (mín: 2; máx: 40).

Conclusão: Nesta série prospectiva obtiveram-se resultados operatorios a curto prazo que se comparam favoravelmente com a literatura disponível. O tempo operatorio e a taxa de conversão verificadas são excelentes, permitindo afirmar que, para os candidatos a esta via de acesso, a laparoscopia é o novo paradigma.

Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Lisboa EPE

24**GASTRIC ADENOCARCINOMA IN PORTUGAL 1996-2005: INCIDENCE AND STAGE TIME TREND VARIABILITY ACCORDING TO ORGAN SUBSITES**Miguel Henriques Abreu 1, M^a Eduarda Matos 2, M^a José Bento3

The fall in incidence of noncardia gastric cancers observed in Western countries parallels a concomitant rise in incidence of gastric cardia cancers.

In Portugal, in 2001, gastric cancer was the 4th oncological disease in men and the 3rd in women with an incidence of 26.7 new cases by 100000 people.

Objective

The aim of this study was to describe and compare trends in incidence and stage of adenocarcinoma of gastric cardia and noncardia, in the north of Portugal, in the period of 1996-2005.

Materials and Methods

Time trends in age-standardized incidence rates of gastric adenocarcinomas were described in a population-based cancer registry in a total of 3996 cases.

We considered three time periods and to compute ASR (European) we used the population estimated in the middle of the periods. The statistical significance of time trends in incidence was assessed using Poisson regression analysis. Stata version 9 was used for these analyses and 95% confidence intervals for IRR.

Results

Actually (2002-2005), the age-standardized incidence rates were estimated in 2, 7 for men and 1, 1 for women in cardia cancers and in 11, 6 for men and 7, 2 for women in noncardia cancers.

The ratio between men/women was stable through the time, approximately 2, 8 in cardia cancers and 2 for non-cardia cancers.

We observed a decline in incidence for both locations, statistically significant through the analysed period.

In the 858 staged tumours, 71 % of cardia cancers and 60% of non-cardia cancers were in advanced stages. There was not statistical significant difference in stage through the three periods.

Conclusions

There was a predominance of cases in men and in the elderly. As other studies show, we observed a decline in noncardia carcinomas however a concomitant decrease in cardia carcinomas was also verified.

- 1- IPO- Instituto Português de Oncologia do Porto
- 2- ICBAS- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- 3- RORENO- Registo Oncológico do Norte

25

ENVOLVIMENTO PERIANAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – ACHADOS ECOENDOSCÓPICOS

Moreira T., Castro-Poças F., Lago P., Pimentel R., Pinto R., Salgado M., Caetano C., Areias J.

Introdução:A ecoendoscopia ano-rectal (EUS-AR) é um método simples, bem tolerado e com elevada acuidade diagnóstica para avaliação das complicações perianais da Doença Inflamatória Intestinal (DII). **Objectivos e Métodos:**Descrever os achados da EUS-AR nos doentes com DII. Avaliados 103 doentes com DII e envolvimento perianal, que realizaram EUS-AR no período de Agosto/2000 a Fevereiro/2009. Recolhidos os dados demográficos, clínicos e ecoendoscópicos. **Resultados:**Realizaram-se neste período, 211 EUS-AR, a 103 doentes com DII. Sete doentes com colite ulcerosa (CU) e 96 doentes com doença de Crohn (DC). Sexo masculino: 50,5%, idade média: 41,98+/-12,58 anos. Cada doente realizou em média 1,03+/-1,26 EUS-AR. Tempo médio de duração da DII: 10,51+/-7,62 anos, tempo médio de duração da doença perianal: 6,22+/-5,2 anos. Na DC, a localização era ileal: 24,7%, cólica: 27,0% e ileocólica: 44,9%, sendo exclusivamente perianal em 3,4%; e apresentava comportamento inflamatório (B1p): 47,1%, estenosante (B2p): 27,6% e penetrante (B3p): 25,3%. Foram submetidos a cirurgia perianal 78 doentes, com colocação de “setons” em 50 doentes. Tratamento médico - antibioterapia: 84,9%, azatioprina/6-MP: 66,7%, metotrexato: 9,7% e terapia biológica: 35,4%. Achados ecoendoscópicos nos doentes com CU: abscesso perianal: 2 doentes; fistulas perianais: 7 doentes (interesfincteriana – 3, transfincteriana – 2, supraesfincteriana – 1, anovaginal – 1); alterações ecostruturais: 1 doente. Achados ecoendoscópicos nos doentes com DC: abscesso perianal: 39 doentes; fistulas perianais: 124 doentes (superficial - 2, interesfincteriana – 55, transfincteriana – 50, supraesfincteriana – 33, anovaginal – 10, rectovaginal - 1, ano-uretral - 2); alterações cicatriciais/ecostruturais: 41 doentes; laceração do esfíncter anal interno: 27 doentes; laceração do esfíncter anal externo: 5 doentes; fissura: 10 doentes; estenose do canal anal: 1 doente. **Conclusões:** A maioria dos achados ecoendoscópicos nos doentes com DII, correspondem a complicações supurativas, encontrando-se também elevada prevalência de alterações ecostruturais e lacerações esfíncterianas, resultantes a maioria das vezes de processos supurativos arrastados e complicações cirúrgicas.

Sector de Ultra-sons e Consulta de Doença Inflamatória Intestinal, Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Santo António, Porto

26

IMPORTÂNCIA DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA SUSPEITA DE DOENÇA DE CROHN

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

INTRODUÇÃO:O recurso à enteroscopia por cápsula (EC) em doentes com suspeita de Doença de Crohn (DC) tem vindo a ser implementado, contribuindo para uma maior capacidade no diagnóstico e no processo de decisão terapêutica. **OBJECTIVOS:** 1)Relacionar a forma de apresentação da doença com os achados na EC, na suspeita de DC. 2)Avaliar o impacto da EC na estratégia de orientação dos doentes. **MÉTODOS:**Estudo retrospectivo referente a Abril/06-Março/09,incluindo 22 doentes, 8 homens e 14 mulheres, com idade média de 36±17 anos.Distribuição por três grupos com base em critérios clínicos(A), manifestações extra-intestinais(B), alterações analíticas(C) e/ou alterações imagiológicas(D): Grupo 1:Sem critérios suficientes para suspeita sustentada de DC: A,B,C,D.B+C,B+D,C+D,B+C+D. Grupo 2:Suspeita de DC com base em 2 critérios,incluindo um do tipo A: A+B,A+C,A+D. Grupo 3:Suspeita de DC com base em 3 ou mais critérios, incluindo um do tipo A: A+B+C,A+B+D,A+C+D,A+B+C+D. Na leitura da EC valorizou-se a presença de edema vilositário,ulceração ou estenose,de acordo com o score de Lewis.Excluídos doentes com oclusão/sub-occlusão intestinal ou medicados com AINES/AAS.Utilizaram-se os testes de Kruskal-Wallis e ANOVA na análise estatística. **RESULTADOS:**Exame completo em 15 doentes(68%),com tempo médio de trânsito de 260±105min(54-480).Identificaram-se lesões compatíveis com actividade inflamatória em 12 doentes(55%), mas apenas em 9 (41%) eram significativas(Lewis score>135);em 5 doentes (23%) o atingimento era severo(Lewis score>790).O score médio foi de 597 para o Grupo 1 (7 doentes), 707 para o Grupo 2 (7 doentes) e 1030 para o Grupo 3 (8 doentes) (p>0,05). Em 23% dos doentes a EC indicou novas explorações do tubo digestivo: 3 colonoscopias totais com ileoscopia e 2 enteroscopias com monobalão.Em 7 doentes(32%) a EC conduziu a alterações na estratégia terapêutica. **CONCLUSÃO:**A EC contribui para o diagnóstico da Doença de Crohn,revelando-se um exame valioso no estadiamento e na definição do plano de actuação.

Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães

27

ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO (EDB) NO DIAGNÓSTICO DA PATOLOGIA DO INTESTINO DELGADO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Mão de Ferro S, Sacarrão R, Santos I, Paulo C, Pereira N, Dias Pereira A, Nobre Leitão C.

Introdução: A EDB é uma técnica endoscópica que permite a observação do intestino delgado (ID), colheita de material para histologia e procedimentos terapêuticos. **Objectivos:** Avaliação da experiência de uma Instituição na utilização da EDB no diagnóstico da patologia do ID. **Doentes e métodos:** Foram efectuadas, entre Outubro/2007 e Março/2008, 83 EDB sob sedação profunda em 70 doentes (37 homens e 33 mulheres, média de idades de 57,6 - 16-88 anos). Indicação: Hemorragia digestiva obscura (HDO) n=50 (19 visível e 31 oculta), síndromas polipósicos n=5, doença celíaca refractária /complicada n=5, Doença de Crohn complicada n=4, outras n=5. Patologia do ID diagnosticada/suspeita por outros métodos em 58/70 (82,8%) doentes: 16 lesões vasculares, 8 erosões/úlceras, 8 sangue sem lesão sangrante, 11 pólipos, 8 lesões submucosas, 3 doença celíaca, 3 Doença Crohn. A opção pela via de introdução (oral-54, anal-11, oral e anal-7) baseou-se no local de suspeita da lesão. **Resultados:** Enteroscopia total em 4/70 doentes. Enteroscopia não total por razões clínicas em 55 e técnicas em 11. Duração média dos exames: $90,3 \pm 35$ minutos (25-200). Identificada patologia do ID em 51/70 (72,8%) doentes: lesões vasculares (12) úlceras/erosões (7), pólipos (9) tumores (7) estenoses (3), atrofia vilositária (6), divertículo de Meckel (1), outros (6). O diagnóstico/suspeita prévios de lesão do ID correlacionou-se com a identificação de patologia na EDB ($p=0,04$). Nos doentes com HDO, a identificação de lesões foi significativamente superior nos indivíduos com HDO visível (86 vs 56%, $p=0,04$). Terapêutica endoscópica em 20 (28,5%); termoablação de angiectasias (15) e polipectomia (5). Nove (12,9%) doentes foram referenciados para cirurgia. Dois exames foram suspensos por instabilidade clínica. Não se registaram outras complicações imediatas. **Conclusões:** Na nossa experiência a EDB: 1. Foi informativa em mais de 2/3 dos doentes e terapêutica em cerca de 1/3; 2. Associou-se a uma muito baixa taxa de complicações.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E

28

CROMOSCOPIA COM LUGOL NO RASTREIO DO CARCINOMA ESPINHO-CELULAR DO ESÓFAGO EM DOENTES COM ANTECEDENTES DE NEOPLASIA DA CABEÇA E PESÇOÇO

Areia M, Brito D, Saraiva S, Catré A, Cadime AT

Introdução: A cromoscopia com Lugol no esófago apresenta uma elevada acuidade no diagnóstico do carcinoma espinho-celular (CEC). Nos países Ocidentais o seu uso tem sido pouco difundido, apesar de na Europa parecer justificar-se no rastreio dos grupos de alto risco onde a incidência do CEC é de 2-13%. **Objectivos:** Avaliar a incidência de CEC do esófago em doentes portadores de CEC prévio do foro da cabeça e pescoço, integrando um estudo multicêntrico europeu (EUROSQUAM).

Material e métodos: Estudo prospectivo por cromoscopia com Lugol a 2% no esófago, com biopsias nas zonas negativas para o Lugol. Critérios: inclusão-doentes portadores de CEC prévio cabeça e pescoço; exclusão- contra-indicação para endoscopia, alergia ao iodo. O método de referência foi a histologia. **Resultados:** Avaliados 20 pacientes, 95% homens, idade média 57,5 anos (38-78), de Abril/2008 a Fevereiro/2009. Portadores de CEC prévio: orofaringe (60%), cavidade oral (35%) e laringe (5%), 65% com tratamentos prévios (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia), 80% com consumo de álcool e tabaco. Todos os exames sem sedação e sem complicações. A comparação da cromoscopia com o método de referência revelou:

Cromoscopia vs Histologia	Com neoplasia (n=0)	Sem neoplasia (n=20)
Com lesão suspeita (n=2)	0	2
Sem lesão suspeita (n=18)	0	18

Obtiveram-se (IC 95%): especificidade 90% (76-100), valor preditivo negativo 100% e acuidade diagnóstica de 90% (76-100).

Conclusões: Os resultados obtidos ficam condicionados pela dimensão da amostra; no entanto a sua facilidade de execução, a ausência de complicações e a possível detecção de CEC esofágicos síncronos ou metacrónicos com a lesão da cabeça e pescoço já conhecida, podem alterar com relevância o tratamento a oferecer a este grupo de alto risco.

Serviço de Gastrenterologia do IPO-Coimbra

29

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FISTULA GÁSTRICA EM CIRURGIA BARIÁTRICA

Bana e Costa T, Serra D

Introdução: As fistulas gástricas são uma complicação potencialmente grave da cirurgia bariátrica. Estão descritas em 1 a 6% dos doentes submetidos a cirurgia de “by pass” gástrico. Podem resultar em trajeto fistuloso gastrocutâneo, em abscesso, peritonite ou sepsis. O tratamento endoscópico, através de próteses auto-expansíveis ou injeção de colas de fibrina, tem sido proposto em pequenas séries e em case reports publicados na literatura recente.

Objectivos: avaliar a eficácia e segurança do tratamento endoscópico de fistulas secundárias a cirurgia bariátrica.

Métodos: análise retrospectiva dos casos consecutivos referenciados a uma unidade de endoscopia para tratamento de complicações da cirurgia bariátrica, num período de 18 meses.

Resultados: 6 doentes operados: 3 “by pass” gástricos; 3 gastrectomias em “sleeve”. Formação de fistulas na anastomose nos 5 casos, confirmada por métodos imagiológicos e endoscópicos. Complicadas de abscesso abdominal em todos os casos e de derrame pleural em dois casos. O tratamento endoscópico fez-se pela colocação de próteses metálicas auto-expansíveis (Ultraflex®, Boston Scientific). Remoção de prótese entre a 5ª e 6ª semana. Não se registaram complicações.

Num doente foi necessário colocar segunda prótese, após a remoção da primeira, por persistência da fistula.

Em todos os casos documentou-se resolução completa do trajeto fistuloso por endoscopia e radiologia, num período entre 5 e 9 semanas. Nenhum dos doentes necessitou de reintervenção cirúrgica. No entanto em 3 casos foi efectuada drenagem percutânea de abscesso abdominal.

Conclusões: Na nossa experiência a colocação endoscópica de próteses metálicas auto-expansíveis para o tratamento de fistulas gástricas pós cirurgia bariátrica é um método tecnicamente exequível, eficaz e seguro, permitindo obviar a necessidade de reintervenções cirúrgicas.

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Egas Moniz, CHLO e Centro de Gastroenterologia e Endoscopia, Hospital da Luz

30

PALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DE ESTENOSSES MALIGNAS PILORO-DUODENAIIS COM PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS

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

Objectivos: avaliar a eficácia de próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) no restabelecimento da capacidade alimentar em doentes com obstrução piloro-duodenal de causa maligna. **Métodos:** estudo retrospectivo da nossa experiência na paliação de doentes com estenoses malignas piloro-duodenais com PMAE. Foram avaliados 91 doentes tratados. Destes foi possível a análise de 61 doentes falecidos (idade média 77.3 anos, entre 35-94; 37 homens e 24 mulheres) com cancro gástrico avançado e estenose pilórica (41-67,2%), neoplasia pancreática e estenose duodenal (14-23%) e recidiva de cancro gástrico na boca anastomótica de ansa aferente em BII (6-9,8%). Todos foram considerados sem indicação cirúrgica e apresentavam intolerância alimentar avaliada pela escala de GOOSS. Os procedimentos foram feitos com recurso a próteses entéricas descobertas de tipo wallstent/wallflex. Os dados foram recolhidos por análise dos processos, relatórios de endoscopia e por chamadas telefónicas. **Resultados:** todos os procedimentos tiveram sucesso técnico. Após a colocação de PMAE 59 doentes (96.7%) melhoraram o seu score alimentar e 2 mantiveram-no embora tolerando maiores volumes de dieta líquida. Cinquenta (82%) doentes não necessitaram de intervenção endoscópica adicional tendo uma paliação média de 9.2 semanas (nestes 7 reinternamentos por vômitos resolvidos com terapêutica médica). Dez doentes (16.4%) desenvolveram reobstrução da PMAE tendo 9 casos sido resolvidos com nova PMAE até à morte (paliação de 6.3 semanas), e 1 doente foi operado. Um doente fez uma perfuração duodenal tardia (1 mês) tendo sido operado. Dezoito doentes desenvolveram posteriormente ou ao mesmo tempo obstrução biliar tendo sido tratados com sucesso pela colocação de uma PMAE na via biliar (VB). **Conclusões:** o tratamento com PMAE é um método eficaz na terapêutica da obstrução piloro-duodenal. Na neoplasia do pâncreas a paliação concomitante ou posterior da VB é possível na maior parte dos casos. A maioria dos doentes não necessitam de reintervenção e o número de cirurgias e complicações é baixo.

Serviço de Gastroenterologia do H. Pulido Valente-CHLN

31**DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA E POLIMORFISMOS PROMOTORES DE ANGIOGENESE**

Machado M.V., Fernandes C.R., Miltenberger-Miltényi G., Martins A., Gonçalves M.S., Cortez-Pinto H.

Introdução e Objectivos: A angiogénese tem sido implicada na patogénese da cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (CHC). Tem particular relevo na doença hepática alcoólica (DHA), já que o álcool, através da hipóxia, induz a expressão hepática de HIF (indutor de VEGF). Pretende-se avaliar a frequência de polimorfismos associados a aumento de produção de HIF-1 α e receptor 2 VEGF (VEGFR2), na DHA.

Doentes e Métodos: estudaram-se SNPs funcionais, HIF-1 α C1744T e VEGFR2 A1416T, em bebedores excessivos (consumo de álcool >80g/dia \geq 5 anos): 101 com DHA (histologia ou evidência de descompensação hepática) e 75 sem doença hepática – SDHA. 74 DHA foram seguidos durante 5 anos, dos quais 13 desenvolveram CHC.

Resultados: DHA com idade superior (53 \pm 10 vs 49 \pm 11 anos; p=0,0406), e menor consumo de álcool (231 \pm 180 vs 329 \pm 311g/d; p=0,005). Sem diferenças na frequência alélica de HIF-1 α 1744T e VEGFR2 1416T (0,13 vs 0,11, p=0,255 e 0,56 vs 0,54, p=0,872), genótipos – HIF-1 α : DHA 77% CC, 20% CT, 3% TT, SDHA 77% CC, 23% CT, 0% TT; VEGFR2: DHA 71% AA, 24% AT, 5% TT, SDHA 66% AA, 31% AT, 3% TT, presença simultânea \geq 1 alelo em cada polimorfismo (7% vs 9%, p=0,718) ou homozigotia \geq 1 polimorfismo (8% vs 3%, p=0,156). No grupo DHA, maior frequência alélica de HIF-1 α 1744T (0,27 vs 0,11; p=0,004 – OR 2,82; p=0,047), e tendência para maior frequência alélica de VEGFR2 1416T (0,31 vs 0,18, p=0,121), nos doentes que desenvolveram CHC. Presença simultânea \geq 1 alelo de cada polimorfismo (23% vs 3%, p=0,01; OR 8,8, p=0,025) e homozigotia \geq 1 polimorfismo (31% vs 3%, p=0,001; OR 13,1, p=0,006) mais frequente se CHC.

Conclusões: Apesar de não se encontrar associação, individual ou simultânea, entre a presença de HIF-1 α C1744T e VEGFR2 A1416T e DHA, verificou-se uma associação entre esses polimorfismos e risco aumentado de CHC na DHA.

Departamento Gastroenterologia, Unidade Nutrição e Metabolismo, Hospital de Sant Maria, Genomed, IMM, Faculdade Medicina Lisboa

32**"A TERAPÊUTICA DA HEPATITE C INFLUENCIA A ACTIVIDADE SEXUAL?"**

Vinhas, M.D., Marinho R.T., Velosa J.

Introdução: O tratamento da hepatite C está classicamente associado a diversas alterações neuropsiquiátricas, tais como ansiedade e depressão, com potencial impacto significativo na qualidade de vida. A sua influência na actividade sexual é de difícil avaliação, sendo pouco conhecida. **Objectivos:** Avaliar a influência do tratamento da hepatite C crónica na actividade sexual. **Doentes e Métodos:** Aplicação do questionário "Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)" a 50 doentes com hepatite C crónica sob tratamento com Interferão Peguilado e Ribavirina. Este questionário é composto por 14 itens, que se inserem em 5 áreas específicas: Prazer, Desejo/Frequência, Desejo/Interesse, Estimulação/Excitação e Orgasmo/Concretização. Os questionários foram aplicados a 50 doentes, dos quais 35 do sexo masculino (70%), com idade média de 47,5 \pm 8,6 anos (33-72). **Resultados:** na amostra total, e no que se refere à subescala Prazer 34% (17/50) dos doentes referem não ter nenhum prazer/pouco prazer; na subescala Desejo/Interesse, 40% (20/50) referiram não ter nenhum prazer/pouco prazer em pensar e fantasiar sobre sexo, enquanto que 28% (14/50) referem nunca/raramente terem pensamentos sexuais, e 62% (32/50) dizem nunca/raramente terem prazer com material de conteúdo sexual. Na subescala Estimulação/Excitação 28,8% (7/35) dos homens nunca/raramente têm erecção, e 60% (9/15) das mulheres refere nunca/raramente ficar sexualmente excitada. No que respeita ao Orgasmo/Concretização e para a amostra total 18,4% (8/49) refere nunca/raramente ter prazer no orgasmo. A nível dos resultados totais, o valor obtido pelos homens é de 48,6% e pelas mulheres de 57,1%, o que não evidencia existência de disfunção sexual instalada. **Conclusão:** Os resultados obtidos indicam a não existência de disfunção sexual, quer masculina, quer feminina, no entanto em cerca de metade dos homens existe um forte indicador que o tratamento da hepatite C tem efeitos na actividade sexual, visto o valor total obtido se aproximar do valor limite para a existência de disfunção sexual.

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, H.S. Maria, Lisboa

33

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DE 10 ANOS DE INTERNAMENTOS POR CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA EM PORTUGAL (1997-2006)

Nunes J., Giria J., Marinho R.T., Velosa J.

Objectivos: Avaliar a evolução dos internamentos por cirrose hepática (CH) alcoólica de 1997 a 2006 em Portugal Continental, caracterizando o perfil demográfico dos doentes e a distribuição geográfica; comparação com a cirrose hepática não alcoólica.

Métodos: Análise retrospectiva dos internamentos por CH em 97 Hospitais de Portugal Continental, através da consulta de base de dados nacional da DGS (ICD-9CM, classificação internacional de patologias, 155,0).

Resultados: Foram avaliados 54437 internamentos por CH de 1997 a 2006. Verificou-se o aumento do número de internamentos por CH de 13,5%, à custa da CH alcoólica (83,5% do total). A maioria dos internamentos correspondeu a doentes do sexo masculino (75% da CH alcoólica e 58% dos casos de CH não associada ao álcool), com o aumento da razão masculino/feminino de 2,4 para 3. A média das idades foi semelhante para as etiologias alcoólica e não alcoólica (57±12,3 anos versus 58,9±15,8 anos, respectivamente). Cerca de metade dos internamentos ocorreu entre os 45 e 64 anos. A demora média (11 dias) e a mortalidade (14%) mantiveram-se estáveis, muito superiores às médias nacionais, respectivamente 6,4 dias e 4,2%. Estes dados foram semelhante para a CH alcoólica e não alcoólica. Em relação à distribuição geográfica, de realçar um aumento significativo de internamentos por CH na região do Algarve (12/100000 para 40/100000 habitantes). No resto do país, ocorreu um aumento menos importante, à excepção de Lisboa e Vale do Tejo, onde se verificou uma tendência decrescente (61/100000 para 53/100000 habitantes).

Conclusão: Os internamentos hospitalares por CH estão a aumentar em Portugal Continental, à custa da CH alcoólica; são internamentos mais longos e com maior mortalidade do que a média nacional, afectando sobretudo homens em idade produtiva. Apesar dos desenvolvimentos recentes no tratamento da cirrose e suas complicações, a mortalidade destes doentes não se alterou na última década.

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte
Direcção-Geral da Saúde (DGS), Departamento de Epidemiologia, Lisboa, Portugal

34

IM.E.L.D.: UM FACTOR PREDITIVO DE MORTALIDADE OPERATÓRIA?

Costa B., Seródio M., Carvalho C., Castro Sousa F.

O M.E.L.D. constitui um factor preditivo de mortalidade operatória em doentes cirróticos. Recentemente índices análogos têm sido propostos para melhorar a sua capacidade prognóstica, com inclusão da natrémia ou modificação do peso relativo das variáveis que o constituem. Com o objectivo de comparar o valor prognóstico do M.E.L.D. e de três índices análogos (iM.E.L.D., M.E.L.D.-Na e "updated" M.E.L.D.) com o da classificação de Child-Turcotte-Pugh e de duas variantes (descritas por Huo Tl et al e Giannini E et al) na quantificação do risco cirúrgico de doentes cirróticos, realizou-se um estudo retrospectivo de 190 doentes operados entre 1993 e 2008. O valor médio do M.E.L.D. foi de 12,2±4,9 (5,7-35,2) e 43% dos doentes pertenciam à classe A da classificação de Child-Turcotte-Pugh. A mortalidade operatória foi de 13%. Globalmente, os índices derivados do M.E.L.D. apresentaram uma capacidade preditiva de mortalidade operatória significativa (aaROC=74-77%) e comparável à da classificação de Child-Turcotte-Pugh e suas variantes (aaROC=72-75%). O iM.E.L.D. demonstrou a melhor acuidade prognóstica de mortalidade (auROC=77%, IC95% 66-88; p=0,0001), particularmente em cirurgia electiva (aaR.O.C.=80%, IC95% 63-97; p=0,044) onde revelou uma performance significativamente superior ao M.E.L.D. bem como à classificação de Child-Turcotte-Pugh e às suas variantes. Os doentes com iM.E.L.D. superior ou igual a 40 (28%) apresentaram maior mortalidade (29,8 versus 6,6%; p=0,0001; odds ratio=4,5; acuidade=75,6%). Este índice associou-se a uma probabilidade de mortalidade operatória crescente: 4% (IC95% 3,6-4,4) quando inferior a 35, 16,1% (IC95% 14,4-17,9) quando o seu valor estava compreendido entre 35 e 45; 50,1% (IC95% 42,2-58,1) quando superior a 45. Nesta série, o iM.E.L.D. demonstrou uma capacidade preditiva da mortalidade operatória significativa, especialmente em cirurgia electiva; as suas vantagens relativamente à classificação de Child-Turcotte-Pugh parecem incluir, também a simplicidade, a objectividade e a reprodutibilidade. Outros estudos são necessários para esclarecer a sua relevância na avaliação individual do risco cirúrgico.

Cliniça Universitária e Serviço de Cirurgia III
Faculdade de Medicina e Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.

35**MICRORNA-122 ENDÓGENO DO FIGADO NA PROGENIA VIRAL DA HEPATITE CRÔNICA C**Neves S¹, Ferreira J², Redondo P³, Oliveira M², Calinas F³, Paixão E⁴, Peneda J¹, Penque D¹,

A expressão do microRNA122 com níveis elevados é específica do fígado. O micro RNA 122 é necessário para eficiente replicação VHC em linhas celulares de hepatoma (Jopling C et al Science 2005; Randall G et al PNAS 2009) e, de forma exógena, em células não hepáticas (Chang et al in J Virol 2008)

Objectivo: Em doentes com Hepatite Crónica C, avaliar a expressão de microRNA122 no fígado e, abundância VHC no fígado e sangue

Material/Método: Coorte de 20 doentes com Hepatite Crónica C, genótipo 1b, sujeitos a BH (12-14 espaços porta). Avaliação histológica-score Ishak modificado; quantificação por PCR quantitativo em tempo real (RTqPCR) do microRNA 122 hepático, e do VHC no sangue; determinação níveis analíticos funcionais hepáticos (ALT/AST). Selecção para imunohistoquímica (Ac monoclonal anti-NS3) e análise computacional (software Image J) dum subgrupo de 6 doentes

Controlos: células Huh7, RNA-fígado humano comercial, hepatite granulomatosa VHC ausente.

Resultados:

Actividade histológica mínima/ligeira (3-8) em 90%. Fibrose mínima (0-2) em 90%. Média viremia = $3,5 \times 10^6$ UL/mL ($4,9 \times 10^4 - 1,40 \times 10^7$). Média microRNA122 nas biopsias = 17,72 cópias normalizadas/ng RNA total ($5,83 - 39,20$ cópias/ng)

Ausência correlação microRNA122 com viremia, níveis analíticos funcionais (AST/ALT) e score histológico. Sub-coorte restrito de 6 casos com níveis extremos de abundância de microRNA-122 no fígado mostrou tendência concordante com abundância da proteína NS3 viral, (intensidade/área dispersão sinal cromático) e, score histológico.

Comentário: Os níveis de microRNA122 no tecido hepático de doentes com Hepatite Crónica C, parecem ser independente dos níveis de viremia e da gravidade histológica. Todavia, no sub-coorte, os níveis de expressão da proteína viral NS3, parecem acompanhar a abundância de microRNA122 no fígado e gravidade histológica.

¹Depart.Genética,INSA-IP,Lisboa;²S.Anat.Pat.H.S.Jose/CHL central,Lisboa;
³S.Gastrenterologia HSAC/CHL central,Lisboa; ⁴Depart.Epidemiologia INSA-IP,

36**CARACTERIZAÇÃO DA INFECÇÃO NOSOCOMIAL EM DOENTES COM CIRROSE HEPÁTICA ADMITIDOS NUMA UCIGE**

Freire P., Romãozinho J.M., Amaro P., Ferreira M., Camacho E., Leitão M.C.

Introdução: A infecção nosocomial (INC) é um factor de mau prognóstico com elevada incidência nos doentes com cirrose hepática admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (57,5%). A sua incidência e perfil em cirróticos admitidos em Unidade de Cuidados intensivos de Gastrenterologia (UCIGE) são desconhecidos.

Objectivo: Caracterizar a INC em doentes cirróticos admitidos numa UCIGE.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 124 internamentos consecutivos de doentes com cirrose hepática internados na UCIGE durante > 48 horas. Registaram-se, relativamente a cada internamento, elementos demográficos, dados clínicos e resultados de exames complementares. A identificação e caracterização das INCs foi efectuada de acordo com as definições do Centers for Disease Control (CDC). A análise estatística foi realizada com o programa SPSS ($p < 0,05$).

Resultados: Incidência de INC de 17.7%. As infecções urinárias e/ou respiratórias representaram 80% dos casos condicionando, em mais de metade, sépsis ou sépsis severa. O agente em causa foi isolado em ¼ das situações, sendo de natureza bacteriana em 85% dos casos, com distribuição equitativa em termos de coloração de Gram. *Staphylococcus aureus* (24%), *Pseudomonas aeruginosa* (24%) e *Enterococcus faecium* (17%), foram os agentes mais frequentemente isolados, revelando-se multi-resistentes em mais de metade das situações e exigindo mudança da antibioterapia empírica em 35% dos casos. A taxa de mortalidade foi de 22,2% nos doentes com INC e de 8,5% nos doentes sem INC ($p = 0,03$). O tempo médio de internamento (dias) foi significativamente maior nos doentes com INC (11,2 Vs 4,3, $p = 0,002$).

Conclusões: A INC é uma complicação grave e relativamente frequente nos cirróticos admitidos na UCIGE. Localiza-se amiúde a nível respiratório e/ou urinário, predominando a origem bacteriana e a multi-resistência antimicrobiana. Associa-se a aumento significativo do tempo de internamento e da taxa de mortalidade.

Serviço de Gastrenterologia – Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia (UCIGE), Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

37

COLECÇÕES LÍQUIDAS PANCREÁTICAS: PAPEL DA DRENAGEM ENDOSCÓPICA ENTRE AS OPÇÕES PERCUTÂNEA E CIRÚRGICA

Lopes S., Albano R., Camacho E., Gomes D., Portela F., Amaro P., Ferreira M., Romãozinho J. M., Gouveia H., Leitão M. C.

As colecções líquidas pancreáticas (CLP) são sequelas frequentes da pancreatite. As opções terapêuticas incluem a cirurgia e as drenagens percutânea e endoscópica. **Objectivo:** Análise das técnicas de drenagem das CLP associados a pancreatite aguda (PA) ou crónica (PC). **Materiais:** Estudo retrospectivo dos doentes internados por CLP (classificação de Atlanta, revista) nos últimos 4 anos, num Serviço de Gastroenterologia. Avaliaram-se as características dos doentes e das CLP, técnicas de drenagem e evolução. **Drenagem endoscópica:** transpapilar ou transmural (se abaulamento da parede), sem eco-endoscopia. Sucesso técnico: resolução da colecção. Sucesso clínico: resolução da colecção e da sintomatologia. **Resultados:** Identificaram-se 44 doentes com CLP (29 homens), idade média: 56±16anos (25-85). **Etiologia:** PA alcoólica (18), litíásica (17), outra (6); PC alcoólica (3). **Estratégia expectante**-(20 casos)-diâmetro: 10±5cm (4-20); colecção líquida aguda (13), pseudoquisto agudo (7). Resolução após 7±4 meses. **Drenagem**-(24 casos)-diâmetro: 14±6cm (5-30): pseudoquisto agudo (9), pseudoquisto crónico (3), necrose pancreática organizada (12): submetidos a 51 procedimentos (2±1/doente (1-7). Indicações para drenagem: dor (45%), febre (25%), intolerância alimentar (13%), ascite/derrame pleural (6%), aumento das dimensões (6%), icterícia (3%) e hidronefrose (2%). Tempo decorrido até à drenagem: 55±70 dias. Técnica: transmural (21), transpapilar (3), percutânea (17) e cirúrgica (11). Sucesso técnico versus clínico: endoscópica (68%vs70%), percutânea (65%vs59%), cirúrgica (64%vs55%). Sem diferenças nas taxas de sucesso consoante o tipo de CLP ou a técnica, embora a necrose e a drenagem endoscópica necessitassem de maior número de retratamentos (p=0,03 e p=0,01). Recorrência: endoscópica (13%), percutânea (35%), cirúrgica (27%). Duração de internamento: 37±31 dias (3-124). Complicações (9,8%): Percutânea (n=1), cirúrgica (n=4). Seguimento: 14±11 meses, colecções residuais em 41,6%, todos os doentes assintomáticos. **Conclusões:** Cerca de metade das CLP tiveram remissão espontânea. A drenagem endoscópica é bem sucedida (70%) evitando o recurso a modalidades terapêuticas mais agressivas ou complexas.

Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

38

CANCRO DO CÓLON E RECTO: RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE RASTREIO POR VIDEOSIGMOIDOSCOPIA

Ramos A., Santos H., Caldeira P., Inácio C., Ornelas R., Peixe B., Sousa D., Açucena F., Velasco F., Belo T., Guerreiro H.

Introdução: O cancro colo-rectal (CCR) é uma das principais causas de morte em Portugal por doença oncológica. Os autores apresentam os resultados de um programa regional de rastreio por videoesigmoidoscopia (VS). **Métodos:** Convocaram-se, por carta convite, todos os utentes dos centros de saúde (CS) pertencentes à região objecto de rastreio que completassem 55, 60 e 65 anos no ano civil em curso. Foi realizada VS a todos os que responderam afirmativamente e que compareceram no CS respectivo: procedeu-se a polipectomia em todos os utentes com menos de 3 pólipos e cuja dimensão fosse inferior a 5 mm. Foi proposta colonoscopia aos indivíduos com 3 ou mais pólipos ou cuja dimensão ultrapassasse os 5 mm. **Resultados:** Rastrearam-se, entre Abril de 2003 e Setembro de 2008, 9692 utentes (4952 mulheres e 4740 homens). A taxa global de adesão foi de 23%. Em 50% dos utentes foi observada uma extensão de cólon superior a 60 cm. Foram diagnosticados pólipos em 22% dos indivíduos. Propôs-se colonoscopia a 1070 (11,3%) utentes, tendo sido realizados 972 exames. A análise histológica revelou: 918 utentes (9,7%) com lesão neoplásica (890 com pólipos adenomatosos e 28 com adenocarcinoma); 1008 indivíduos (10,8%) com lesões não adenomatosas. As lesões de risco (≥3 adenomas, displasia alto grau ou componente viloso, dimensão > 1cm) foram objectivadas em 325 (3,45%) indivíduos. Diferenças estatísticas significativas (P<0,001) foram observadas entre a presença de adenoma/lesões de risco e o sexo: mulheres com menor incidência de adenoma e lesões de risco. A idade e história familiar não se relacionaram com a presença de adenoma ou lesões de risco. **Conclusões:** O rastreio por meio de videoesigmoidoscopia é um método simples e exequível. A adesão foi aceitável. A relevância deste programa de rastreio, na diminuição da incidência de CCR deverá ser confirmada nos próximos anos.

Hospital de Faro, E.P.E

39**BENEFÍCIOS, ASPECTOS SOCIAIS E OBESIDADE NUM PROGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RECTO (CCR)**

Proença L, Rodrigues A, Alves M, Lacerda I, Leite S, Afonso M, Pinto J, Veloso R, Silva AP, Pinho R, Fernandes S, Alberto L, Iglesias P, Almeida R, Carvalho J, Fraga J

Introdução: Estudos anteriores apontam o papel da obesidade nas lesões precursoras do CCR e sua alta incidência. **Objectivos:** Caracterização de uma população submetida a rastreio de CCR, nos aspectos sociais e composição corporal. **Pessoas e métodos:** De Janeiro de 2007 a Janeiro de 2009, efectuaram rastreio de CCR, pessoas residentes no mesmo concelho há mais de 10 anos inscritas no SNS. Efectuada no mesmo dia colonoscopia esquerda, avaliação antropométrica (peso, altura e perímetro da cinta), % de massa gorda, dados sócio-demográficos (escala de Graffar) e hábitos alimentares (Food Processure Plus) **Análise estatística:** correlação Pearson, teste t-student **Resultados:** Rastreadas 2143 pessoas (1116 homens 1027 mulheres, idade média 60,12), complicações: 1 perfuração (0,04%). Analisados 1714 inquéritos (885 homens, 829 mulheres, idade média 60,18); grau de instrução: analfabetos 11%, primária 61,2%, secundária incompleta 17%, frequência universitária 9,4%; operários semi e não qualificados 58,6%; profissões liberais e qualificadas 7,3%. IMC médio 27,4 (49,4% excesso de peso); Perímetro da cinta médio 95,02 cm. Verificou-se correlação entre profissões menos qualificadas e IMC (significância 0,05) e a % de massa gorda (significância 0,01); a % de massa gorda correlacionou-se com a instrução e a fonte de rendimento (significância 0,01). Apresentavam pólipos 859 pessoas (40,0%), divertículos 436 (20,3%), exames normais 940 (43,8%) e adenocarcinomas 18 (0,84%). Efectuadas polipectomias em 506 pessoas (35,4% adenomas (PA), 63,4% pólipos hiperplásicos (PH)); localização: cólon esquerdo 84% e cólon direito 16%; dimensões: PH – 3,9mm, PA – 8,45mm, pólipos adenocarcinoma –30,8mm. Observou-se correlação entre pólipos adenomatosos e o perímetro da cinta (sig 0,00) **Conclusões:** 1) A presença de um número significativo de lesões precursoras e avançadas em assintomáticos aponta para o benefício do rastreio. 2) A obesidade ocorreu nas profissões menos qualificadas 3) O rastreio abrangiu essencialmente pessoas com escolaridade mínima ou analfabetos (72%) e nas classes sociais baixo rendimento (80%)

S de Gastrenterologia - CHVNGaia/Espinho EPE

40**AValiação de Gordura Visceral por Ecografia: Proposta de Novo Cut-off para Obesidade Visceral**

Afonso M, Leite S, Pinto J, Veloso R, Pinho R, Freitas T, Carvalho J, Fraga J

INTRODUÇÃO: A determinação de gordura visceral está bem estabelecida. A quantificação de gordura visceral por ecografia foi validada por vários estudos, no entanto em população obesa ou com diabetes, no entanto propondo diversos valores de cut-off. **OBJECTIVOS:** determinar um cut-off de gordura visceral medida por ecografia para obesidade visceral. **MÉTODOS:** estudo prospectivo de 126 pacientes que realizaram biópsia hepática entre Março de 2007 e 2009. Foram avaliadas 18 variáveis antropométricas, clínicas e analíticas. A avaliação de gordura visceral (GV) e gordura subcutânea (GS) foram realizadas através de ecografia (espessura de gordura visceral – EGV - e subcutânea - EGS) e por TAC (GVTC e GSTC). **Análise estatística:** teste de Mann-Whitney, correlação de Spearman, χ^2 , curva ROC. **RESULTADOS:** Avaliados 126 pacientes (37 mulheres), idade mediana 45 anos. A EGV apresentou correlação significativa com a GVTC ($r=0,762$, $p<.001$). Verificou-se diferença na EGV ($p=.002$) e razão EGV/EGS ($p<.001$) entre pacientes do sexo masculino (EGV média 36,4mm $\pm 18,2$; razão EGV/EGS 2,9 $\pm 1,5$) e feminino (EGV média 25,3mm $\pm 13,2$; razão EGV/EGS 2,0 $\pm 1,7$), mas sem diferença para a EGS. Uma EGV de 38mm foi o melhor cut-off para discriminar obesidade visceral - GVTC > 100cm² (Área sob Curva ROC: 0,86 ($p<.001$); especificidade 80,3%; sensibilidade 67,6%, VPP – 63,8%, VPN 82,8%), tanto no sexo masculino como feminino. **CONCLUSÕES:** A avaliação da gordura visceral por ecografia é um método válido. A EGV foi significativamente maior nos homens. Uma EGV > 38mm foi o melhor preditor para a obesidade visceral.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

41

TOMOGRAFIA DE EMISSÃO DE POSITRÕES (PET) FUNDAMENTAL NA EXCLUSÃO DE DOENÇA METASTÁTICA NO CANCRO DO ESÓFAGO

Serrano M(1), Fidalgo C(1), Ribeiro S(1), Pereira da Silva J(1), Mão de Ferro S(1), Dias Pereira A(1), Freire J(2), Mirones L(3), Casaca R(4), Cunha J(4), Bettencourt A(4), Nobre Leitão C(1)

Introdução e objetivos: A terapêutica de intenção curativa no cancro do esófago, a que se associam morbilidade e mortalidade significativas, depende de uma exaustiva exclusão de doença metastática. A PET têm-se demonstrado sensível nessa exclusão. O objectivo deste estudo, retrospectivo com ocultação, consiste em avaliar o impacto da PET na decisão terapêutica. **Material e Métodos:** Incluídos 30 doentes (idade média 59,8 anos [36 – 78], 86,6%-carcinoma pavimentocelular) sem evidência segura de doença metastática. Para cada doente foi elaborado – com ocultação da identificação - um relatório com dados demográficos, co-morbilidades, estadiamento (TAC, Broncoscopia, Ecoendoscopia, observação ORL) e avaliação do estado geral, no qual se baseou uma decisão terapêutica. Quatro semanas depois, esses relatórios (com a informação da PET) foram reavaliados e definida nova terapêutica. **Resultados:** A distribuição por estadio pré-PET foi a seguinte: estadio I 2/30; estadio II 15/30; estadio III 10/30; estadio IVA 3/30 e estadio IVB 0/30, tendo a terapêutica proposta sido de cirurgia em 1 doente, QRT neoadjuvante em 14, QRT isolada em 13 e palição endoscópica em 2. A avaliação por PET condicionou mudança de estadiamento em 33% (10/30) dos doentes, com demonstração de estádios mais avançados, por disseminação à distância: estadio I 1/30; estadio II 10/30; estadio III 10/30; estadio IVA 2/30 e estadio IVB 7/30. Assim, após a realização de PET verificou-se mudança de terapêutica em 30% (9/30). Quatro doentes propostos para quimioradioterapia (QRT) neoadjuvante foram propostos para QRT isolada (2/14) ou palição endoscópica (2/14); em 5 doentes com indicação para QRT isolada, a decisão foi alterada para palição endoscópica. **Conclusão:** A PET acrescenta informação significativa no estadiamento dos doentes com cancro do esófago, com mudança de orientação terapêutica em um terço dos doentes inicialmente propostos para QRT (neoadjuvante ou definitiva) e eventual cirurgia.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.
(1)Gastroenterologia; (2)Oncologia; (3)Radioterapia; (4)Cir. Geral

42

TUMOR GASTRINTESTINAL: AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DO RISCO NUTRICIONAL

Cruz C, Chaves M, Ravasco P, Monteiro Grillo I, Camilo M.E.

Introdução: Em Oncologia, a terapêutica nutricional atempada/adequada a cada doente é essencial na melhoria da ingestão e estado nutricionais, redução da morbilidade e aumento da tolerância ao(s) tratamento(s), melhoria da Qualidade de Vida e potencialmente do prognóstico. **Objectivos:** Numa população de doentes com tumores gastrintestinais, 1)avaliar risco e estado nutricionais; 2)identificar dificuldades e/ou limitações na prática/rotina da implementação do método MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) para avaliação do risco nutricional; 3)identificar os profissionais de saúde mais indicados para uma triagem nutricional mais eficaz. **Metodologia:** Estudo prospectivo que incluiu consecutivamente 72 doentes com tumores do esófago, estômago, cólon-recto, pâncreas referenciados para Radioterapia (RT). O risco de desnutrição foi avaliado pelo MUST (categorias de Índice Massa Corporal + %perda ponderal nos 3-6 meses anteriores + efeito da doença na ingestão); foi explicado o modo de preenchimento do MUST (Médicos/Enfermeiros/Técnicos RT) para a avaliação do doente no início do tratamento. Patient Generated-Subjective Global Assessment (PG-SGA) validado/específico para oncologia, foi utilizado para avaliar o estado nutricional. **Resultados:** A maioria (63% doentes) estavam em risco de desnutrição; pelo PG-SGA 50% doentes apresentavam desnutrição moderada/grave, sendo que 92% doentes tinham indicação para aconselhamento nutricional individualizado. Na prática, houve elevada adesão e integração na rotina diária do método MUST pelos Técnicos de RT e Enfermeiros, e houve elevada concordância (análise coeficiente de Kappa) entre os resultados dos vários profissionais de saúde e os dos profissionais de Nutrição. **Conclusão:** Tanto o risco como a desnutrição instalada são elevados nesta população, corroborando a necessidade de aconselhamento individualizado e urgência na implementação de protocolo de triagem de risco e de intervenção nutricional em contexto multidisciplinar. O MUST é viável neste cenário, bem aceite por diferentes profissionais de saúde, tendo sido eficazmente integrado na rotina dos vários profissionais envolvidos no tratamento do doente.

Unidade de Nutrição e Metabolismo, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Serviço de Radioterapia, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa

Instantâneos Endoscópicos

Instantâneos Endoscópicos - N^{os} 43 a 52

43

ACIDO HIALURÓNICO E CLIPS NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE FISTULA GÁSTRICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Castro-Poças F. *, Soares P. **, Moreira T. *, Pimentel R. *, Areias J. *

Introdução: O bypass gástrico com montagem em Y-Roux é um dos procedimentos mais frequentes na cirurgia bariátrica. Está contudo associado a uma taxa de ocorrência de fistulas na anastomose de 1-6%, condicionando elevada morbidade e mortalidade. A resolução desta complicação constitui um dilema na prática clínica. **Caso:** Sexo masculino, 24 anos, obesidade mórbida (IMC: 43 kg/m²). Submetido a bypass gástrico com montagem em Y-Roux; hemorragia no pós-operatório que levou a relaparoscopia; admitido em Unidade de Cuidados Intensivos no 5º dia pós-operatório por quadro séptico com ponto de partida intra-abdominal; laparotomia, constatando-se a presença de peritonite, coleções abedadas e hemáticas. Aos 21 dias de pós-operatório diagnosticado, por TAC, abscesso subfrênico esquerdo com fistula gástrica com ponto de partida na anastomose gastro-jejunal. Achados confirmados em abscessograma. Tentativa de resolução com terapêutica conservadora (drenagens percutâneas, antibioterapia de largo espectro e nutrição parentérica total) durante 6 semanas, sem êxito. De forma a evitar uma nova intervenção cirúrgica de elevado risco e com baixa probabilidade de sucesso, foi proposta uma tentativa de abordagem endoscópica. Na endoscopia identificou-se orifício fistuloso com cerca de 9 mm de diâmetro a nível da anastomose gastro-jejunal; injeção de ácido hialurónico e colocação de clips, sem complicações. Três dias após o procedimento endoscópico ingestão oral de contraste, não se tendo observado extravasamento extra-luminal, tendo retomado dieta líquida no dia seguinte. TAC sem evidencia de coleções intra-abdominais e retoma, progressiva, de dieta geral. Oito meses após, doente assintomático, com IMC de 23,8 kg/m². **Conclusão:** O tratamento endoscópico de fistula gástrica crónica após bypass gástrico com montagem em Y-Roux pode ser um procedimento seguro e eficaz, em doentes que de outro modo seriam submetidos a uma cirurgia complexa e na maioria das vezes com resultados inadequados. Descrevemos uma nova modalidade de terapêutica endoscópica, que seja do nosso conhecimento, não se encontra relatada na literatura.

* Serviço de Gastroenterologia, ** Serviço de Cirurgia, Hospital de Santo António, Porto

44

ABORDAGEM COMBINADA (CIRÚRGICA E ENDOSCÓPICA) NA TERAPÊUTICA DA LITÍASE BILIAR INTRAHEPÁTICA

Bana e Costa T, Roquete P, Andrade J, Serra D

A litíase biliar intra-hepática é uma condição rara nos países Ocidentais. Pode complicar-se de colangite, abscesso hepático, sepsis e insuficiência hepática. A abordagem terapêutica da litíase intra-hepática é uma tarefa desafiante que requer uma equipa experiente de gastroenterologistas, cirurgiões e radiologistas. Não está estabelecido um tratamento padronizado, que deve ter como objectivo a descompressão das vias biliares, eliminação da estase biliar e remoção completa dos cálculos. A hepatectomia é uma opção terapêutica válida a longo prazo quando a doença se limita ao lobo esquerdo do fígado. Alternativas terapêuticas endoscópicas e/ou percutâneas estão descritas na literatura. Apresenta-se um caso de uma mulher de 35 anos, com episódios recorrentes de colangite, no contexto de litíase da via biliar principal e litíase intra-hepática múltipla, obstrutiva, cujo tratamento não foi possível por CPRE isolada ou CPRE após litotricia extra-corporal. Os autores descrevem uma técnica mista, inovadora, através de uma abordagem cirúrgica laparoscópica do colédoco, seguida da introdução de endoscópio flexível através da coledotomia, com exploração e remoção completa dos inúmeros cálculos existentes nos ramos intra-hepáticos. Apresenta-se vídeo do procedimento e imagens dos exames endoscópicos e radiológicos.

Centro de Gastroenterologia e Endoscopia, e Departamento de Cirurgia Geral; Hospital da Luz

45

PÓLIPO GIGANTE COMO CAUSA DE INTUSSUSCEPÇÃO E SUB-OCCLUSÃO DO ÍLEON: RESOLUÇÃO POR ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO

Bana e Costa T, Serra D

A introdução na prática clínica da enteroscopia de duplo balão tornou possível a realização de técnicas terapêuticas endoscópicas endoluminais no intestino delgado.

Apresenta-se caso clínico de homem de 38 anos com anemia ferropénica em investigação. Os exames endoscópicos revelaram-se normais (colonoscopia e endoscopia digestiva alta). Efectuou vídeo-cápsula endoscópica que mostrou pólipos de grandes dimensões do íleon distal.

Recorre ao nosso serviço por quadro de sub-occlusão intestinal agudo. Fez tomografia computadorizada que mostrou dilatação de ansas do intestino delgado a montante de zona invaginada no íleon distal, com cerca 10 cm extensão, causa do quadro abdominal agudo. A esse nível observa-se formação sólida endoluminal com cerca 5 cm diâmetro.

Realiza-se enteroscopia de duplo-balão, visualizando-se no íleon distal a cerca 35-40 cm da valvula íleo-cecal, pólipo com cerca 45-50 mm de diâmetro, ocupando praticamente todo o lúmen ileal, com ulceração em superfície.

Fez-se polipectomia com remoção em bloco do pólipo. O procedimento decorreu sem intercorrências.

A histologia revelou tratar-se de um lipoma gigante do íleon.

Mostra-se iconografia endoscópica, imagiológica e histológica.

Centro de Gastrenterologia e Endoscopia, Hospital da Luz, Lisboa

46

HIPERPLASIA NODULAR LINFÓIDE ASSOCIADA A HIPOGAMAGLOBULINEMIA

Araia M(1), Cruz E(2), Gomes M(3), Brito D(1), Saraiva S(1), Catré A(1), Cadime AT(1)

Introdução: A hiperplasia nodular linfóide no adulto é rara, podendo estar associada a situações de hipogamaglobulinemia assintomática. Apresentamos um caso clínico onde uma ileoscopia terminal por quadro de diarreia levou ao diagnóstico desta associação.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 37 anos de idade, com queixas de diarreia 3 dejeções/dia, diurnas, sem sangue, muco ou pus, com 3 meses de evolução, sem queixas constitucionais associadas. Sem antecedentes relevantes, nomeadamente alergias ou infeções de repetição. O exame objectivo era normal. O estudo complementar revelou hemograma e bioquímica normais, estudo das fezes negativos para parasitas e bactérias e marcadores víricos negativos.

Realizou uma colonoscopia que revelou um íleo terminal repleto de micro-pólipos em toda a extensão observada e 5 outros micro-pólipos no cólon transverso e recto. A histologia revelou mucosa intestinal normal, estirada, com presença no córion de folículos linfóides exuberantes com centros germinativos (Bcl2 negativo, Bcl6 positivo), sem granulomas, abscessos cripticos ou alterações adenomatosas. Efectuou uma endoscopia digestiva alta que revelou vários micro-pólipos semelhantes no duodeno cuja histologia foi sobreponível.

Para o estudo diferencial efectuou um proteinograma electroforético que revelou uma fracção gama no limite inferior do normal (0,7g/dl) e uma imunoelectroforese que mostrou IgG 1113mg/dl (N 700-1600), IgM 21,5 mg/dl (N 40-230), IgA 18,3 mg/dl (N 70-400) e IgE 4,1 mg/dl (N <158).

Conclusão: Concluímos tratar-se de um caso de hipogamaglobulinemia IgA e IgM associada a hiperplasia nodular linfóide do intestino delgado. A diarreia resolveu espontaneamente e dado não haver antecedentes infecciosos de repetição, vai manter-se apenas em controlo clínico, sem necessidade de terapêutica com imunoglobulinas.

Apresenta-se iconografia vídeo da colonoscopia e endoscopia e respectivas histologias.

Serviços de Gastrenterologia(1), Patologia Clínica(2) e Hematologia(3) do IPO-Coimbra

47

ILEITE TERMINAL EM TRANSPLANTADO RENAL – DOENÇA DE CROHN, ILEITE INFECCIOSA OU ILEITE FARMACOLÓGICA?

Carvalho R., Almeida N., Portela F., Gregório C., Gomes D., Gouveia H., Leitão MC

O diagnóstico diferencial da ileite terminal é problemático envolvendo a integração de dados clínicos, laboratoriais, endoscópicos e histológicos. Em doentes transplantados, já submetidos a imunossupressão, esse diagnóstico diferencial é ainda mais complexo.

Os autores apresentam o caso de um doente de 50 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por apresentar, desde há 1 semana, hematoquezias, diarreia e dor abdominal na fossa ilíaca direita. Negava febre ou perda ponderal. Sem história de episódios prévios similares. Transplantado renal há 7 anos, medicado com micofenolato mofetil, tacrolimus, prednisona e dipiridamol. Foi realizada ileocolonosopia que revelou a presença de mucosa edemaciada, congestiva, com várias úlceras de fundo branco a nível do pólo cecal, válvula ileocecal e ileon terminal e com presença no pólo cecal de aparente orifício de drenagem de trajeto fistuloso. Foram realizadas biópsias para estudo histológico e microbiológico identificando-se processo compatível com ileite terminal ulcerada, sem bacilos ácido-álcool resistentes mas com presença de *Klebsiella pneumoniae*. Estas alterações foram confirmadas em enterocolonosopia por cápsula, identificando-se no ileon distal um orifício passível de poder corresponder a trajeto fistuloso. A enterocliose por TC veio confirmar estes aspectos. Todos os restantes exames, nomeadamente coproculturas, exames parasitológicos, intradermoreacção à tuberculina e serologia da *Yersinia enterocolitica* foram negativos, com excepção da serologia para *Campylobacter jejunii*. Realizou-se antibioterapia com ciprofloxacina mas as alterações endoscópicas mantiveram-se. Atendendo à possibilidade de reacção de hipersensibilidade ao micofenolato mofetil optou-se pela sua substituição pelo ácido micofenólico não se registando quaisquer intercorrências desde então. Este caso clínico, documentado iconograficamente, demonstra a enorme dificuldade no diagnóstico diferencial dos processos de ileite terminal em doentes medicados com imunossupressores, com necessidade de invocar hipóteses de diagnóstico muito raras na nossa prática clínica corrente.

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

48

CORPO ESTRANHO INTRAPARIETAL NO ESÓFAGO

Pinto, J., Leite S., Afonso M., Veloso R., Proença L., Fraga J.

A extracção de corpos estranhos é prática comum na Gastroenterologia, na sua maioria não representando dificuldade quer na extracção do corpo estranho quer na orientação posterior do doente. Os autores descrevem um caso clínico de ingestão de corpo estranho (espinha de peixe) localizado na espessura das camadas do esófago, extraído por via endoscópica.

Doente do sexo feminino, 58 anos, observada no Serviço de Urgência na sequência de queixas de impactação alimentar após ingestão de bacalhau, com 12 horas de evolução. Clinicamente, a doente referia dor interescapular com a deglutição. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou mobilização espontânea do corpo estranho para o estômago, observando-se aparente laceração subjacente da mucosa localizada imediatamente abaixo do esfíncter cricofaríngeo. A persistência da sintomatologia motivou realização de radiografia do tórax (sem alterações) e tomografia computadorizada torácica que demonstrou corpo estranho com cerca de 3cm, com disposição longitudinal no esófago, distal ao esfíncter cricofaríngeo. Efectuou nova EDA, sob sedação, identificando-se aos 18cm da arcada dentária superior, orifício na parede esofágica que condiciona deformidade do lúmen. Após manipulação com pinça de corpos estranhos verificou-se saída espontânea do corpo estranho (espinha de peixe) e abundante conteúdo purulento para o lúmen. A doente ficou internada no serviço de Gastroenterologia em dieta zero e antibioterapia de largo espectro, com boa evolução clínica, sem evidência de pneumomediastino ou abscesso peri-esofágico, tendo alta clínica após 8 dias de internamento.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

49

HEMORRAGIA EM JACTO JUGULADA COM GLICOSE HIPERTÓNICA

Nunes ACR, Cardoso H, Rodrigues S, C Costa Santos

Introdução: É consensual que a injeção da mistura histoacryl/lipiodol representa a terapêutica de primeira linha na jugulação de hemorragias digestivas por varizes gástricas. Contudo, em algumas situações inesperadas de hemorragia em jacto por variz gástrica a injeção de glicose hipertónica a 50% gelada permite a diminuição do fluxo hemorrágico ou a sua jugulação completa.

Caso Endoscópico: Apresenta-se o caso endoscópico referente a um homem de 36 anos, que é transferido para o nosso Hospital por hematemeses e melenas. À entrada hemoglobina=6,9gr/dl. Foi transfundido com 2 unidades de glóbulos rubros e 2 unidades de plasma. Efectuada endoscopia digestiva alta que mostrou varizes esofágicas grau I e a nível do cárdia observou-se variz gástrica com hemorragia em jacto. Efectuada injeção de 8ml de glicose hipertónica gelada a 50%. Sem hemorragia no final do procedimento. Manteve estabilidade hemodinâmica e valores de hemoglobina em 9g/dl, sem recidiva hemorrágica. Apresenta-se iconografia endoscópica.

Serviço de Gastrenterologia – Hospital São João - Porto

50

CARCINÓIDE MULTIFOCAL DO INTESTINO DELGADO;
DIAGNÓSTICO POR ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO

Serrano M, Mão de Ferro S, Dias Pereira A, Chaves P, Nobre-Leitão C

O advento de novas técnicas endoscópicas e métodos de imagem permitiram um estudo mais detalhado do intestino delgado, levando à caracterização de situações clínicas outrora de difícil diagnóstico.

Os autores apresentam o caso de uma mulher com 81 anos de idade referenciada por hemorragia digestiva obscura, com necessidade de suporte transfusional. A vídeointeroscopia por cápsula (EC) documentou, a nível do íleon distal, uma lesão ulcerada da mucosa, de bordos salientes e elevados, ligeiramente procidente no lúmen. A TC abdominal era normal. Na nossa instituição realizou enteroscopia por duplo balão (EDB) por via anal que identificou, no íleon, 8 lesões elevadas com dimensões entre os 5 mm e os 2 cm, de aspecto submucoso, com ulceração no vértice de fundo nacarado e sem estigmas de hemorragia recente. As biopsias, de 3 destas lesões, revelaram tratar-se de uma neoplasia neuroendócrina bem diferenciada com um índice proliferativo inferior a 5%. Aguarda ressecção cirúrgica.

O caso apresentado ilustra a utilidade e complementaridade das novas abordagens endoscópicas no diagnóstico das patologias do intestino delgado, quer da EC na avaliação inicial e determinação da via para a EDB, quer da EDB para estabelecimento da extensão da doença, diagnóstico histológico e eventual terapêutica.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

51

MANIFESTAÇÃO ENDOSCÓPICA POUCO COMUM DE DOENÇA CELÍACA

Carvalho R., Almeida N., Freire P., Lopes S., Figueiredo P., Gouveia H., Leitão MC

A tradução endoscópica da doença celíaca é variável, podendo a mucosa apresentar-se macroscopicamente normal ou com redução do número de pregas circulares, padrão hipotrófico, nodular ou em mosaico. O risco de desenvolvimento de complicações malignas ou pré-malignas nestes doentes é relevante justificando muitas vezes a exploração endoscópica ou imagiológica do intestino delgado. Os novos métodos de enteroscopia, ao possibilitarem a observação directa deste extenso segmento do tracto gastrointestinal, permitiram-nos obter imagens distintas da expressão desta patologia. Os autores apresentam o caso de uma doente de 43 anos, com antecedentes de celiaquia diagnosticada aos 27 anos de idade, que foi referenciada para realização de enteroscopia por apresentar emagrecimento e diarreia. Após endoscopia digestiva alta (biópsias duodenais revelando alterações sugestivas de celiaquia, tipo Marsh II), a doente foi submetida a enteroscopia por cápsula constatando-se a presença no duodeno e jejuno proximal de um padrão de atrofia vilositária moderada assim como uma volumosa formação subepitelial a nível jejunal. Procedeu-se de seguida à avaliação com enteroscópio de duplo balão observando-se o padrão de atrofia vilositária já previamente identificado no jejuno proximal mas, nos segmentos mais distais, a mucosa apresentava uma tonalidade branca, com exsudação de um líquido da mesma cor, de aparente natureza linfática. Confirmou-se a presença da lesão identificada pela videocápsula e, aquando da realização de biópsias, observou-se exteriorização de grande quantidade de líquido de cor branca, com redução das dimensões desta formação. O estudo histológico mostrou apenas alterações compatíveis com doença celíaca, sem identificação de tecido neoplásico. Este caso clínico, documentado iconograficamente, demonstra a importância dos novos métodos enteroscópicos na avaliação dos doentes com celiaquia, nomeadamente no que concerne à exclusão de complicações neoplásicas. Demonstra igualmente uma forma diferente de apresentação endoscópica desta patologia.

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

52

HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA MANIFESTA POR POLIPO SANGRANTE DO INTESTINO DELGADO - DIAGNÓSTICO POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA

Ricardo L., Martins A., Félix J., Pires S., Ratilal P., Nunes V., Deus J.

A videocápsula endoscópica veio revolucionar a investigação diagnóstica do intestino delgado. Além disso tem permitido influenciar, em alguns doentes, a sua abordagem terapêutica. Apresentamos o caso de um doente de 84 anos, sexo masculino, caucasiano, internado por quadro de hemorragia digestiva com melenas e cansaço. Apresentava múltiplas comorbilidades associadas, nomeadamente insuficiência cardíaca congestiva, fibrilhação auricular crónica e insuficiência renal crónica. Sem história de toma de AINE's, anti-agregantes plaquetários ou anti-coagulantes orais. Encontrava-se hemodinamicamente estável e laboratorialmente salientava-se anemia normocítica, normocrómica, com Hb 7,6g/dL. A endoscopia digestiva alta não evidenciou lesões sangrantes nem sangue no lúmen e a colonoscopia total com ileoscopia terminal revelou presença de sangue digerido mas ausência de lesões na mucosa. Realizou videocápsula endoscópica que identificou, em topografia do jejuno distal/íleon proximal, lesão endoluminal, com aspecto polipóide, ulcerada, com hemorragia activa em toalha. A TAC abdomino-pélvica não mostrou alterações. Foi submetido a ressecção cirúrgica de intestino delgado identificando-se pólipó com 1cm, com diagnóstico histológico de pólipó fibróide inflamatório. O doente teve alta orientado para a consulta dos Médicos assistentes.

Hospital Fernando Fonseca

Posters

Posters - N^{os} 53 a 214

53

ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL: CONTRIBUTO NA AVALIAÇÃO DA PATOLOGIA DO TUBO DIGESTIVO ALTO

Caldeira A, Pereira B, Torres J, Ferreira M, Pereira E, Sousa R, Banhudo A

Introdução:

A ultrassonografia é um meio diagnóstico privilegiado no estudo dos órgãos parenquimatosos da cavidade abdominal; contudo, pode, também, ser muito útil na avaliação detalhada da parede gastrointestinal. Na nossa prática clínica é, com frequência, o 1º exame imagiológico realizado perante um doente com queixas abdominais.

Neste contexto apresentamos, sumariamente, os achados ultrassonográficos como complemento do exame físico, em 4 doentes que recorreram ao serviço de urgências com sintomas digestivos. Estes são apresentados lado-a-lado com o seu aspecto endoscópico.

1º caso: homem, 39A, com adenocarcinoma gástrico.

2º caso: homem, 79A, com linfoma Malt.

3º caso: mulher, 80A, com diagnóstico de GIST.

4º caso: mulher, 30A, com quisto de duplicação no antro.

Conclusão:

Não é nossa intenção que a ultrassonografia do tubo digestivo substitua outras técnicas, como a endoscopia ou ecoendoscopia, no diagnóstico de lesões da parede gástrica. Pretendemos, sim, apresentá-la como potencial contributo de uma primeira abordagem, acrescentando um conjunto de dados objectivos úteis à sequência diagnóstica e terapêutica. Desta forma, poderá traduzir uma mudança de atitude na investigação de um doente com patologia gastrointestinal.

Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco

54

PREVALENCIA DO HELICOBACTER PYLORI, GASTRITE CRÓNICA E METAPLASIA INTESTINAL EM DOENTES DISPEPTICOS EM MAPUTO

Carrilho C*, Ismail M*, Guisveve A*, Lorenzoni C*, Fernandes F*, Modcoicar P**, Cunha L**, Almeida R***, Figueiredo C***, David L***, Lunet N****, Peleteiro B****

Objectivos- Avaliar a prevalência da infecção do *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) em doentes dispépticos no Hospital Central de Maputo (HCM), e correlacionar com os achados histo-patológicos da gastrite crónica.

Métodos- Foram colhidas biópsias do antro, incisura angularis e do corpo gástrico, de 109 doentes que compareceram de forma consecutiva a fim de realizar a endoscopia digestiva alta no HCM. O estudo histo-patológico foi feito de acordo com o Sistema Modificado de Sydney. A infecção por *H.pylori* foi avaliada por histopatologia e PCR.

Resultados- A prevalência do *H.pylori* foi de 94.5%. A gastrite crónica foi o diagnóstico mais frequente (90,8%). As alterações degenerativas epiteliais foram associadas com alta densidade do *H.pylori*. Atrofia glandular (8,3%), e metaplasia intestinal (2,3%) foram pouco frequentes.

Conclusão- Os nossos resultados confirmam estudos previamente feitos nos Países Africanos com alta prevalência do *H.pylori* e baixa prevalência do cancro gástrico: alta frequência da gastrite crónica associada a *H.pylori* e muito baixa frequência da atrofia gástrica e da metaplasia intestinal

* Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central de Maputo (HCM) Maputo-Mocambique

55**HETEROTOPIA GÁSTRICA DO RECTO: UMA ENTIDADE RARA**Sousa J., Freire P., Rodrigues A., Costa N.

Objectivo: A palavra "heterotopia" é de origem grega e significa presença de um tecido de características normais num local onde habitualmente não se encontra presente. Mucosa gástrica heterotópica tem sido identificada em todas as porções do tubo digestivo mas é extremamente rara na região anorectal. Apresenta-se um caso de heterotopia gástrica do recto pela sua raridade e ainda para salientar a necessidade de vigilância clínica e endoscópica, considerando a possibilidade de uma evolução maligna.

Material: Descreve-se o caso de uma mulher de 46 anos a quem foi descoberto um volumoso recesso a 12 cm da margem anal no fundo do qual se observava uma lesão plana com 1,5 cm de diâmetro.

Resultados: O exame histopatológico de vários fragmentos da lesão rectal revelou mucosa gástrica de tipo fúndico. Apenas 41 casos foram publicados até então.

Conclusões: Os doentes com heterotopia gástrica do recto geralmente apresentam-se com rectorragia, mas outras formas de apresentação e complicações são possíveis. A excisão cirúrgica constitui o tratamento de eleição embora estejam descritos casos de sucesso após terapêutica médica com inibidores da bomba de prótons e antagonistas dos receptores H2.

Hospitais da Universidade de Coimbra- Serviço de Medicina III

56**COLITE ISQUÊMICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS – ANÁLISE RETROSPECTIVA**Arroja B., Canhoto M., Gonçalves C., Silva F., Cotrim I., Vasconcelos H

Introdução: A isquémia do cólon é uma patologia frequentemente responsável por admissões hospitalares urgentes. Atinge particularmente indivíduos com mais de 60 anos e pode albergar um espectro amplo desde colopatia reversível a doença fulminante. **Objectivos:** caracterização epidemiológica dos doentes com diagnóstico de colite isquémica internados no nosso hospital em 2008. **Material e Métodos:** identificação de casos pela consulta de GDHs e confirmação diagnóstica por exames endoscópico e histológico. **Parâmetros avaliados:** género; escalão etário; doenças e condições predisponentes associadas, sinais e sintomas de apresentação, segmento afectado, dias de internamento, complicações decorrentes e mortalidade. **Resultados:** apresentaram critérios de admissibilidade 30 doentes (80% mulheres e 20% homens); idade mínima 62 anos, máxima de 93 e média de 78.8 anos.

Co-morbilidades: HTA (73%), ICC (50%), FA (27%), dislipidémia (23%), DM (7%); 56% dos doentes sob terapêutica profilática de eventos cardiovasculares (AAS, clopidogrel, ticlopidina, indobufeno, enoxaparina). Dor abdominal em 56% dos casos e perdas hemáticas visíveis em 100%. Colonoscopia total em 8 casos Vs fibrossigmoidoscopia em 22. Segmento envolvido: cólon esquerdo isoladamente em 73%, envolvimento do transverso em 17% e cólon direito em 10% dos casos. Duração média de internamento de 4.4 dias/doente. Transfusão de GV em 3 doentes. Complicações em 9 doentes (infecção respiratória em 5, IRA em 2, ICC descompensada em 1, estenose parcial do cólon regenerativa em 1). Taxa de mortalidade 3.3%. **Conclusões:** Com resultados semelhantes aos descritos na literatura, a colite isquémica na nossa série envolveu indivíduos com mais de 60 anos e múltiplas co-morbilidades. A instabilidade hemodinâmica e a mortalidade, no nosso caso decorrente de complicação infecciosa intercorrente, constituem fenómenos pouco frequentes. A verdadeira incidência poderá estar subvalorizada dado que o diagnóstico apenas foi efectuado em doentes com hemorragia digestiva baixa macroscopicamente comprovada, podendo não ter sido detectadas formas mais ligeiras da doença.

Hospital de Santo André, EPE, Leiria

57

UM CASO DE DIARREIA CRÓNICA

Catarina Vieira, Luís Correia, Helena C. Pinto, José Velosa

O estudo etiológico da diarreia crónica pode constituir uma tarefa exaustiva de exclusão da multiplicidade de causas possíveis. Apresentamos um caso de Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), cuja forma de apresentação foi uma diarreia crónica. Trata-se de uma mulher, 39 anos, natural da Covilhã, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, com um IMC de 18,9Kg/m² (60kg) 3 anos antes do internamento. Em Setembro de 2008, foi referenciada à nossa consulta por diarreia líquida, com 3 anos de evolução, diurna e nocturna, 5 a 6 vezes por dia, por vezes esteatorreica, agravada 1 mês antes por incontinência fecal, com astenia progressiva e redução de 22% do peso corporal (IMC 14,8kg/m²) e diagnóstico psiquiátrico de Síndrome Depressivo. Negava consumo de laxantes. Ao exame objectivo salientava-se um emagrecimento e analiticamente anemia (Hb10,4g/dL) normocítica normocrómica. Ficou internada com confirmação dos estudos negativos para patologia tiroideia, infecciosa, auto-imune, imunodeficiência comum variável, doseamentos de marcadores tumorais, ACTH e cortisolémia, ECA, elastase e gordura fecal e avaliação neuroendócrina (gastrina, 5 HIA, vanilmandélico, metanefrinas urinárias). A ileoscopia terminal com evidenciou ileíte focal inespecífica. De referir teste D - Xilose 0,36 (N> 1,3) e B2 microglobulina de 2,44mg/L. Teve alta aguardando realização de trânsito do delgado, vídeo-capsula endoscópica ou octreosecan. Na consulta 2 meses após internamento observaram-se lesões ulceradas nos membros inferiores, com diminuição da sensibilidade termo-álgica "em meia". Realizou electromiograma compatível com polineuropatia axonal sensitivo motora sugestiva de PAF. O estudo da disautonomia comprovou falência grave do sistema Nervoso Parassimpático, com evidência ecocardiográfica de aumento de ecogenicidade global e hipertrofia do septo inter-auricular, sem arritmias. O estudo genético foi positivo para a mutação Val 30 Met da Trasntirretina e teve alta a aguardar a consulta de decisão multidisciplinar para transplante hepático.

Hospital Santa Maria

58

TRÂNSITO DIGESTIVO DE PARTÍCULAS RADIOPACAS EM DIABÉTICOS TIPO 2 COM DIFERENTE CONTROLO DA GLICEMIA A LONGO PRAZO

Xavier Jorge J, Matos HC, Delgado FJ, Oliveira, MHP, Oliveira FMR, Pinto Machado J, Coelho AC, Silva AC, Almeida CC

Introdução: A influência do controlo da glicemia a longo prazo sobre a velocidade do trânsito de partículas radiopacas no tubo digestivo em diabéticos tipo 2 não é bem conhecida. O objectivo deste trabalho é conhecer tal fenómeno. **Material e Método:** Foi estudado o trânsito digestivo com partículas radiopacas em 25 indivíduos diabéticos tipo 2 com idades compreendidas entre os 44 e os 81 anos, 7 dos quais tinham bom controlo glicémico (HbA1c ≤ 7.0) e 18 com mau controlo glicémico (HbA1c > 7.0). Avaliou-se a percentagem de partículas presentes no cólon, no total e de acordo com a sua localização no cólon direito (CD), cólon esquerdo (CE) ou cólon sigmóide e recto (CSR), as 24 e as 72 horas. Foi aplicado o teste T de Student e Fischer. **Resultados:** O número percentual de partículas presentes no intestino às 24h, em relação ao total ingerido foi de 54,29% nos com HbA1c ≤ 7.0 e 51.1% nos com HbA1c > 7.0 (P < 0,05) e às 72h de 20,57% nos com HbA1c ≤ 7.0 e 9.67% nos com HbA1c > 7.0 (P < 0.01). Às 24h, a distribuição das partículas presentes no cólon pelas 3 divisões do cólon (em %) (CD/CE/CSR) nos 2 grupos (HbA1c ≤ 7.0/ HbA1c > 7.0) foi a seguinte: (34.74/40.87; 37.90/34.35; 27.36/2.78%). Às 72h, a mesma distribuição nos mesmos grupos foi (16.67/2.56; 50.0/61.54; 33.3/35.89). **Conclusão:** 1- A percentagem de partículas no tubo digestivo (cólon) às 24h foi superior entre os diabéticos com HbA1c ≤ 7 (p < 0.05). 2- Às 72h a percentagem de partículas no cólon dos diabéticos com HbA1c ≤ 7 foi significativamente maior que no outro grupo (p < 0.01) 3- A retenção de partículas no cólon direito as 72 horas foi maior nos com HbA1c ≤ 7. (p < 0.01). 4- No grupo estudado, os diabéticos com melhor controlo da glicemia tinha o trânsito digestivo significativamente mais lento

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Serviço de Radiologia do CHC Coimbra; Serviço de Medicina Interna do CHC; Serviço de Bioquímica do CHC

59**ESTUDO DO TRÁNSITO DIGESTIVO COM PARTÍCULAS RADIOPACAS AS 24 HORAS, EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS EM FUNÇÃO DO GÉNERO**

Xavier Jorge J, Matos, HC, Pinto Machado J, Almeida CC

Introdução: A influência do género no trânsito digestivo com partículas radiopacas em indivíduos saudáveis não reúne consenso entre os investigadores. O objectivo deste trabalho é contribuir para o conhecimento do referido fenómeno.

Material e Método: Foi feito um estudo do trânsito digestivo com partículas radiopacas em 30 indivíduos caucasóides, 14 mulheres e 16 homens, com idade compreendidas entre 22 e 81 anos. Cada um ingeriu 25 partículas radiopacas. Foi feita 1 radiografia do abdómen simples de pé sem preparação, 24h depois. Avaliou-se a distribuição das partículas pelos diferentes segmentos do intestino em função do agrupamento em: cólon direito (CD), cólon esquerdo, CE e cólon sigmóide recto (CSR)

Resultado: O número total de partículas presentes no intestino das mulheres às 24h foi de 220 (62.86% do total ingerido) e nos homens de 230 (57,5% do total ingerido). A distribuição (em %) das partículas pelos 3 segmentos do cólon (CD/CE/CSR) em relação ao total ingerido foi, entre as mulheres e homens de: CD: (11.71/12.25); CE: (20.28/19.80); CSR: (30.86/26.25). Em relação ao número de partículas existentes no intestino a distribuição foi: CD: (18.64/21.3); CE: (32,27/33.04) CSR: (49.09/45.65).

Conclusão: 1-A percentagem de partículas presentes no intestino (cólon) as 24 horas foi significativamente maior nas mulheres (62.68%) que nos homens (57.5%) ($p < 0.01$).

2-A percentagem de partículas no cólon sigmóide e recto foi maior nas mulheres, com diferença pouco significativa ($p < 0,05$)

3-No grupo estudado, as mulheres tinham o trânsito digestivo estudado com partículas radiopacas, as 24 horas, significativamente mais lento que os homens

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Serviço de Radiologia do CHC Coimbra

60**SENSIBILIDADE MÍNIMA LIMIAR, CAPACIDADE RECTAL MÁXIMA E REFLEXO RECTO-ANAL INIBITÓRIO EM PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 COM OU SEM SENSACÃO DE DEFECACÃO INCOMPLETA**

Xavier Jorge J, Cardoso Borges CI, Panão EA, Simões MA, Delgado FP, Silva AL, Coelho AC, Almeida CC

Introdução: Alguns pacientes diabéticos apresentam sintomas de defecação incompleta e outros não. O objectivo deste estudo é saber quais são as características da dinâmica rectal que podem estar associadas a estes sintomas.

Material e Método: Foi realizada uma manometria recto anal estacionária com sistema de perfusão hídrica e um catéter com balão na extremidade, em 29 pacientes diabéticos caucasianos, 13 mulheres e 16 homens, com idades entre os 39 e 81 anos e idade média de 54,1 anos. Treze queixavam-se de sensação de defecação incompleta (CS) e 16 não (SS). Foi desencadeado o reflexo recto anal inibitório mediante a instilação, no balão rectal, de 60 ml de ar e avaliadas a sensibilidade rectal mínima limiar a capacidade rectal máxima.

Resultados: A pressão do esfíncter anal interno (PEAI) (em mmHg) nos dois grupos (CS/SS) foi: (44.15/37.75); pressão do esfíncter anal externo (PEAE):(45.15/48.13); sensibilidade limiar (SL) (em ml):(59.23/81.25); capacidade rectal máxima (CRM) (em ml): (180.77/205.53); pressão rectal basal (PRB) (em mmHg): (52.46/39.68); pressão rectal residual (PRR): (31.00/34.18). O relaxamento durante o reflexo recto anal inibitório (RRAI) (em %): (38.38/34.18). No grupo CS, de acordo com a gravidade dos sintomas, foram criados 4 grupos: Menor-Média (MM), Moderada-Moderadamente Severa (MS), Severa-Muito Severa (SM) e registado o seguinte em cada grupo (MM/MS/SM): LS:(74/52/46.6); MRC:(244/136/160); PRB: (62.6/33.0/63.3); RRAI:(44.4/39.6/26.3)

Conclusão: 1-A pressão anal do esfíncter interno, a pressão rectal basal e a residual foram significativamente maiores nos diabéticos com sensação de defecação incompleta ($p < 0,01$).

2- O estímulo limiar e a capacidade rectal máxima foram significativamente mais baixos em pacientes com sensação de defecação incompleta ($p < 0,01$)

3- Verificou-se que o estímulo limiar e o reflexo recto anal inibitório decrescem significativamente com o aumento da severidade dos sintomas nos diabéticos tipo 2 estudados ($p < 0,01$), e que a capacidade rectal máxima exibiu semelhante tendência

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Serviço de Medicina Interna Hospital de Santo André, Leiria; Serviço de Gastroenterologia, Hospital dos Covões, Coimbra; Serviço de Medicina Interna, Hospital dos Covões, Coimbra.

61

TERÁ A INSULINOTERAPIA INFLUÊNCIA SOBRE A MOTRICIDADE ESOFÁGICA NOS DIABÉTICOS TIPO 2?

Xavier Jorge J, Cardoso Borges CI, Panão EA, Delgado FP, Almeida CC, Silva AL, Coelho AC

Introdução: A terapêutica com insulina na diabetes mellitus tipo 2 tem como objectivo primário a melhoria do controlo metabólico. A sua influência sobre a motricidade esofágica, entretanto, não é bem conhecida. O nosso objectivo é contribuir para tal conhecimento.

Material e método: Foi feita manometria esofágica estacionária de perfusão hídrica usando um catéter de 6 canais a 35 diabéticos tipo 2 (17 mulheres e 18 homens) com idades compreendidas entre 34 e 81 anos. Do total, 17 tomavam insulina e 18 não. Analisou-se a diferença na dinâmica motora do corpo esofágico entre ambos. Foi aplicado o Teste T de Student e Fischer.

Resultados: A distribuição percentual das diferentes ondas esofágicas entre os insulotratados (IT) e os não insulotratados (NIT) foi a seguinte: peristálticas (81.94/86.44); simultâneas (2.65/3.88) retrógradas (2.83/3.88); não transmitidas (12.58/8.68). Nos mesmos grupos (IT/NIT) a amplitude média das ondas esofágicas foi (44.87/43.56); média da força média=27,41/31.55; a média da força máxima = 50.52/72,4; a duração média das ondas =4,8/4,17 e a velocidade média =2,72/2,75 cm/seg.

Conclusão: 1-No grupo estudado, a percentagem de ondas peristálticas e a sua amplitude foram significativamente maiores entre os diabéticos que não tomavam insulina ($p < 0,01$). 2-A percentagem de ondas retrógradas ($< 0,05$) e não transmitidas ($p < 0,03$) foi significativamente maior nos que tomavam insulina. 3-A a duração e a velocidade das ondas foi semelhante 4-A média das forças média e máxima das ondas foi maiores entre os que tomavam insulina ($p < 0,01$)

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Serviço de Medicina Interna do Hospital de Santo André, Leiria; Serviço de Gastroenterologia, Hospital dos Covões, Coimbra; Serviço de Medicina Interna, Hospital dos Covões, Coimbra

62

DINÂMICA DA MOTILIDADE ESOFÁGICA EM DIABÉTICOS TIPO 2 DE ACORDO COM A IDADE, O GÉNERO E A DURAÇÃO DA DOENÇA

Xavier Jorge J, Cardoso Borges CI, Delgado FP, Panão EA, Simões MA, Almeida CC, Coelho AC, Silva AL

Introdução: Muitos factores influenciam a motilidade esofágica nos diabéticos. O objectivo deste trabalho é saber como a idade, o sexo e a duração da diabetes influenciam a motilidade esofágica na diabetes tipo 2.

Material e Método: Estudou-se, por manometria estacionária de perfusão hídrica com catéter de 6 canais, a motilidade esofágica em 35 pacientes diabéticos, 16 mulheres e 19 homens, com idades compreendidas entre 31 e 81 anos.

Compararam-se as características das ondas esofágicas, de acordo com o sexo, idade e duração da diabetes. Os resultados apresentados são a média de cada parâmetro. Aplicou-se o Teste T de Student

Resultados: A percentagem de ondas peristálticas (P), simultâneas (S), retrógradas (R), não transmitidas (NT) entre os grupos de acordo com a idade dos pacientes ($\leq 5/ 51-59/ 60-69/ > 69$) foi: P: (93/80.7/83.9/84.6), S: (0.5/3/4.6/3.6), R:(0.5/1.7/2.6/3.2), NT: (6/14.5/3.8/8.8). A amplitude média das ondas (em mmHg) foi: (30.25/42.66/52.4/46.8). Força (em mmHg/cm2): (39.5/44.9/56.6/54.8). De acordo com o sexo (mulheres/homens), os resultados foram: P: (89.6/74.9), S (2.4/3.9), R: (1.9/2.5), NT: (6.0/18.7). Amplitude (em mmHg): (46.0/41.3). Força média: (31.9/30.8). Força máxima: (54.6/49.6). De acordo com a duração da diabetes, nos 4 grupos ($\leq 5/ 6-10/ 11-20/ > 20$ anos) foram: P: (69.2/ 91.7/ 85.1/ 93.7), S: (0.9/ 4.13/ 5.0/ 3.25), R: (2.25/1.5/3.2/0), NT: (27.4/ 2.7/ 6.7/ 4.0). Amplitude: (46.88/ 46.87/ 46.53/ 49.75). Força média: (30.1/ 28.1/ 30.4/ 27.7). Força máxima: (52.1/ 50.4/ 1.0/ 51.0).

Conclusão: 1- A percentagem de ondas retrógradas, a amplitude e a força das ondas aumentou significativamente com a idade ($p < 0,03$). 2- A percentagem de ondas peristálticas, a amplitude e a força das ondas foram maiores nas mulheres ($p < 0,01$). 3- A percentagem de ondas peristálticas, força e amplitude das ondas foi maiores nos com mais de 20 anos de duração da diabetes ($p < 0,01$) 4- A percentagem de ondas retrógradas foi superior nos com 11 a 20 anos de diabetes ($p < 0,04$).

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Serviço de Medicina Interna, Hospital Santo André, Leiria; Serviço de Gastroenterologia do Hospital dos Covões, Coimbra; Serviço de Medicina Interna do Hospital dos Covões, Coimbra;

63**PÓLIPO FIBRÓIDE INFLAMATÓRIO DO ÍLEON COMO CAUSA DE ANEMIA**

Monsanto P, Lérias C, Manata F(1), Cipriano MA(2), Pina Cabral JE, Sofia C, Leitão MC

Introdução: Os pólipos fibróides inflamatórios são uma entidade rara no intestino delgado. São lesões benignas, de base inflamatória, com origem na submucosa e ocorrendo mais frequentemente no estômago. A apresentação clínica é determinada pela localização anatômica, manifestando-se habitualmente como obstrução ou intussuspecção na localização intestinal. O diagnóstico requer a confirmação histopatológica.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 48 anos referenciada à consulta de Gastroenterologia para estudo de anemia ferropénica (hemoglobina-10,1g/dL, VGM-78.9fL, Ferro-47 µg/dL, ferritina 6 ng/mL, saturação da transferrina-10%). Não referia história de perdas hemáticas digestivas ou ginecológicas visíveis. Apresentava ainda queixas de dor abdominal tipo cólica, ocasional e auto-limitada, localizada ao quadrante inferior esquerdo. Como antecedentes referia história prévia de hipotireoidismo, hipertensão intra-craniana de causa não esclarecida e histerectomia por útero miomatoso. Sem história familiar de patologia gastrointestinal. A endoscopia digestiva alta não mostrou alterações e na colonoscopia apresentava apenas dois pequenos pólipos sésseis que foram excisados (pólipos hiperplásicos). Procedeu-se ao estudo radiológico do intestino delgado através enteroclise por TAC que revelou a presença de uma formação arredondada de aspecto invaginado, com 4,8 x 4,0 cm, numa das ansas do íleon localizada na fossa ilíaca direita, condicionando moderada dilatação a montante. Observaram-se ainda várias adenopatias mesentéricas. Perante a evidência de uma formação neo-expansiva de natureza não esclarecida foi submetida a ressecção segmentar do íleon terminal onde se observou a lesão polipóide sésseil, ulcerada e de crescimento endoluminal. O estudo histológico da peça operatória revelou tratar-se de um pólipo fibróide inflamatório. A pesquisa das mutações dos genes c-kit e PDGFR α , para exclusão de um possível GIST, foi negativa.

Serviço de Gastroenterologia, (1)Serviço de Cirurgia I, (2)Serviço de Anatomia- Patológica - Hospitais da Universidade de Coimbra EPE

64**CARCINOMA VERRUCOSO DO ESÓFAGO**

Marques I, Lagos C, Horta D, Pinto A, Romão C, Canena J, Leitão J, Raposo J, Neves B, Lourenço I

O carcinoma verrucoso do esófago foi pela primeira vez descrito por Ackerman em 1947 como uma variante morfológica distinta do carcinoma de células pavimentosas e que pode ocorrer em qualquer mucosa com epitélio pavimentoso. Actualmente existem pouco mais de duas dezenas de casos descritos na literatura e o seu diagnóstico requer uma elevada suspeição clínica, já que, na maioria dos casos, o exame anatomo-patológico das biópsias das lesões não revela tecido neoplásico.

Descreve-se o caso de um homem de 74 anos, diabético insulinotratado há mais de 30 anos que iniciou quadro clínico com vários meses de evolução caracterizado por disfagia progressiva, perda ponderal de 15Kg em 1 ano, náuseas e vômitos de estase. O doente foi submetido a múltiplas endoscopias digestivas altas que identificavam uma lesão vegetante, exofítica, de aspecto verrucoso no terço distal do esófago, cujas biópsias excluíam a existência de células de carcinoma. Por agravamento do quadro clínico, nomeadamente por vários episódios de impacto alimentar, o doente foi internado para realização de pausa alimentar, com lavagem do esófago com soro fisiológico, tendo-se repetido a endoscopia com macrobiópsias da lesão. Esta última documentava uma neoplasia pavimentosa bem diferenciada papilomatosa.

Após estadiamento com TC e ecoendoscopia, que demonstraram tratar-se de uma neoplasia do esófago com invasão local, o doente foi submetido a esofagogastrectomia e jejunostomia. O resultado anatomo-patológico concluiu tratar-se de carcinoma verrucoso do esófago.

Apesar do carcinoma verrucoso do esófago ter um comportamento relativamente indolente comparativamente a outras neoplasias malignas do esófago, está associado a grande morbidade e dificuldade diagnóstica. A sua identificação requer uma elevada suspeição clínica e a realização de biópsias profundas que demonstrem o comportamento invasivo das lesões. O diagnóstico precoce é fundamental já que a ressecção cirúrgica é curativa.

Hospital Pulido Valente (CHLN)

65

PSEUDOPOLIPOSE GIGANTE DO CÓLON EM DOENTE COM DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL: UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Marques I, Lagos C, Reis J, Pinto A, Raposo J, Neves B, Medeiros F

Descreve-se o caso de um doente de 21 anos, sexo masculino, raça negra com diagnóstico de Colite Ulcerosa medicado com prednisolona, terapêutica que cumpria irregularmente. Recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal, vômitos alimentares, diarreia e hematoquêsias. No exame objectivo, salientava-se um abdómen distendido, palpação dolorosa em todos os quadrantes, sem sinais de irritação peritoneal ou organomegalias. Laboratorialmente, tinha anemia (Hb=11,5g/dL), leucocitose ($15.300 \times 10^9/L$), neutrofilia (86%) e PCR de 7,4mg/dL. A radiografia simples do abdómen apresentava dilatação das ansas do delgado com níveis líquidos, sugestivos de obstrução. Foi realizada TC abdominal que revelou dilatação do cólon ascendente e transverso com espessamento parietal, adenopatias loco-regionais e ausência de lesões sugestivas de metástases.

No internamento, realizou colonoscopia que identificou a presença de uma lesão vegetante e estenosante sugestiva de neoplasia maligna no cólon transverso. As biópsias da lesão não revelaram a presença de células malignas.

Foi submetido a cirurgia e no intra-operatório foi identificada uma massa circunferencial com cerca de 20cm de extensão, estendendo-se desde o cego até à porção distal do cólon transverso constituída por múltiplas formações polipóides. O aspecto macroscópico era sugestivo de neoplasia maligna, pelo que se procedeu a hemicolectomia direita alargada e excisão dos gânglios adjacentes. O exame anato-patológico demonstrou pseudopolipos da mucosa e alterações inflamatórias crónicas agudizadas enquadráveis no contexto de complicação de doença inflamatória intestinal. Nos gânglios excisados, não se observaram células malignas.

A pseudopolipose é uma complicação frequente da colite ulcerosa, no entanto, a ocorrência de exuberantes colecções de pseudopolipos é rara na história natural da doença. A maior dificuldade é a sua distinção da neoplasia maligna do cólon, que é também uma complicação das doenças inflamatórias intestinais e que deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial.

Hospital Pulido Valente (CHLN)

66

DIARREIA CRÓNICA: UM CASO DE COLITE MICROSCÓPICA POR LEFLUNOMIDA

Ramos A., Velasco F., Ornelas R., Santos H., Guerreiro H.

A colite microscópica (CM) é uma entidade pouco frequente e cuja etiologia é desconhecida. Pode por vezes associar-se a doença autoimune e, em especial, a artrite reumatóide (AR). Existem escassos relatos de CM associada a AR em pacientes sob terapêutica com leflunomida. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 87 anos com história pessoal de hipertensão arterial de difícil controlo e artrite reumatóide; medicada desde longa data com anti-hipertensores (lecarnidipina, olmesartan, furosemida, captopril) e no último ano com leflunomida (fármaco "modificador da doença"). Apresentou-se com quadro clínico de diarreia com cerca de 2 meses de evolução caracterizado por cerca de 5 dejecções diárias, com carácter nocturno, acompanhado de perda ponderal. Ao exame objectivo apresentava-se desnutrida, desidratada. A investigação etiológica excluiu causa infecciosa, hormonal, neoplásica. A colonoscopia total não revelou alterações macroscópicas da mucosa. As biópsias efectuadas objectivaram colite colagenosa. Apesar de medidas sintomáticas (loperamida) manteve diarreia. Após suspensão de leflunomida assistiu-se a resolução progressiva do quadro de diarreia e ganho ponderal nos 3 meses subsequentes. Repetiu biópsias do cólon que mostraram melhoria dos achados anteriormente observados. Apresenta-se iconografia.

Hospital de Faro, E.P.E

67**ESPECTRO TUMORAL ASSOCIADO À SÍNDROMA DE LYNCH: EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE RISCO COM 15 ANOS.**Lage P., Silva R., Claro I., Rodrigues P., Francisco I., Filipe B., Ferreira S., Mão-de-Ferro S., Albuquerque C., Chaves P., Nobre-Leitão C.

Introdução: A síndrome de Lynch (SL) resulta de mutações em genes de reparação do ADN, apresentando risco elevado de carcinomas do cólon/recto (CCR). Existe ainda risco aumentado para neoplasias extra-cólicas (NEC): carcinomas do endométrio (CE), ovário (CO), estômago (CG), delgado (CD), urotélio (CU), vias biliares (CVB), pâncreas (CP) e tumores cerebrais (TC).

Objectivos: Avaliar o espectro tumoral em famílias com SL e correlacioná-lo com os genes envolvidos.

Doentes/Métodos: 482 indivíduos (237H;245M), de 67 famílias com SL e mutações no *MLH1* (n=32), *MSH2* (n=33) ou *MSH6* (n=2). Analisaram-se os tumores associados ao espectro. Análise mutacional: DGGE/MLPA e sequenciação directa. **Estatística:** chi2 (STATA 8.0).

Resultados: Registaram-se CCR em 67% (323/482) dos indivíduos (média de idades=49 anos). Mutações: genes *MLH1* (56,3%) e *MSH2* (41,2%); *MSH6* apenas 2,5% - p=0,006. Segundo tumor mais frequente: CE (17,5%), média de idades=50 anos, presente em 41,8% (28/67), múltiplo em 11 famílias. Este predominou nos casos com mutações nos *MSH2* e *MSH6* (p=0,006). Outras NEC: CG, CO, CU, CP, CVB, TC (6,2%, 4,5%, 3,7%, 1,5%, 1% e 0,8%). O CU foi mais frequente nas mutações do *MSH2* (p=0,002). Diagnóstico genético positivo em 111 indivíduos, sendo os restantes portadores obrigatórios ou indivíduos em risco. Nos primeiros, verificou-se um risco significativamente aumentado para CCR, CE, e CU (p=0,004;p<0,0001;p=0,03) quando comparados com os restantes.

Conclusões: 1) Em famílias com SL predominaram os CCR e o CE foi o segundo tumor mais frequente; 2) O gene *MSH2* associou-se a maior risco de CE e CU; 3) O gene *MSH6* parece condicionar um risco acrescido de CCR e CE; 4) Apenas deverá ser proposta a vigilância intensiva para prevenção do CCR e detecção precoce do CE em todas as famílias com SL; 5) No entanto, em famílias com mutações no *MSH2* e história de CU, poder-se-á considerar a realização de vigilância específica.

1 - Clínica de Risco Familiar de Cancro; 2 - C.I.P.M.; 3 - Serviços de Gastroenterologia e Anatomia Patológica - IPOLFG, EPE

68**POLIOSE ADENOMATOSA FAMILIAR DO CÓLON E ADENOMAS MÚLTIPLOS: A MAIORIA DOS CASOS RESULTA DE MUTAÇÕES NOS GENES APC E MUTYH**

Filipe B., Lage P., Baltazar C., Albuquerque C., Mão-de-Ferro S., Claro I., Fragoso S., Vitoriano I., Rodrigues P., Fidalgo P., Cravo M., Chaves P., Nobre-Leitão C.

Introdução: A polipose adenomatosa familiar clássica (PAFc) ou atenuada (PAFa) e os adenomas múltiplos (AM) - definidos pela presença de 3-99 adenomas independentemente da presença ou não de história familiar (HF), podem apresentar expressão fenotípica similar ao nível do cólon. Contudo, o manejo clínico do doente/família depende da identificação da alteração genética responsável pela doença.

Objectivos: Em doentes com PAFc, PAFa e AM, identificar a prevalência de mutações germinais nos genes *APC* e *MUTYH* e correlacioná-la com o fenótipo.

Doentes/Métodos: Em 107 doentes estratificados: PAFc (n=48), PAFa (n=20) e AM (n=39), avaliou-se a presença de mutações germinais nos genes *APC* e *MUTYH*. Análise mutacional: *APC* - DGGE/sequenciação e MLPA; *MUTYH* - SSCP/sequenciação. Estatística: testes t-Student e exacto de Fisher.

Resultados: PAFc: 39/48 (81%) casos apresentaram mutações no *APC* e 3/9 (33%) dos restantes no *MUTYH*; Diagnóstico genético (DG) positivo: 42/48 (88%). PAFa: 6/20 (30%) casos apresentaram mutações no *APC* e 8/14 (33%) dos restantes no *MUTYH*; DG positivo: 14/20 (70%). AM: não se identificaram mutações no *APC* e 10/39 (26%) apresentaram mutação no *MUTYH*. Nos AM, as mutações no *MUTYH* não diferiram consoante a HF [2/12 (17%) com HF vs 8/26 (31%) sem HF, p=0,22], mas foram significativamente mais frequentes nos doentes com > 30 adenomas relativamente aos com < 30 [7/12 (58%) vs 2/14 (14%), p=0,023].

Conclusões: 1) As mutações germinais nos genes *APC* e *MUTYH* são responsáveis pela maioria dos casos de PAFc, PAFa e AM com > 30 adenomas; 2) Nos AM, a taxa de mutações diferente, consoante o número de adenomas, reforça a necessidade de uma correcta caracterização dos mesmos por colonoscopia; 3) Os casos em que não se detectaram mutações germinais no *APC* e *MUTYH*, poderão representar uma deficiente expressão destes genes ou traduzir uma nova entidade do ponto de vista genético.

1 - Clínica de Risco Familiar de Cancro; 2 - C.I.P.M.; 3 - Serviços de Gastroenterologia e Anatomia Patológica - IPOLFG, EPE

69

HAVERÁ ALGUMA RELAÇÃO ENTRE O LIMIAR MÍNIMO DA SENSIBILIDADE RECTAL E A VELOCIDADE DAS PARTICULAS RADIOPACAS NO TUBO DIGESTIVO?

Xavier Jorge J, Matos HC, Cardoso Borges CI, Pinto Machado J, Panão EA, Simões MA, Almeida CC

Introdução: A distensão rectal pelas fezes origina reflexos que influenciam a motilidade gastrointestinal. Todavia, são poucos os conhecimentos sobre a relação entre a sensibilidade rectal mínima limiar, e o trânsito digestivo. **Material e Método:** Realizou-se manometria recto-anal estacionária em 25 indivíduos saudáveis, entre 22-81 anos. A sensibilidade rectal mínima foi avaliada. Os mesmos indivíduos ingeriram 25 partículas radiopacas e foi-lhes feita uma radiografia abdominal 24h depois. De acordo com a sensibilidade rectal mínima, foram distribuídos por 3 grupos: sensibilidade rectal (em mililitros de ar) ≤ 50 (N=12); 51-100 (N=8); > 100 (N=5). Estudou-se a relação entre a sensibilidade rectal mínima e o número de partículas no tubo digestivo. **Resultados:** A percentagem de partículas no intestino em cada grupo ($\leq 50/51-100/>100$) em relação ao número de partículas ingerido foi: (62.3%/60.5%/71.2%). A distribuição (em %) pelo lado direito e esquerdo do cólon por grupo foi: < 50 (16/46,3); 51-100 (11.5/49.5); > 100 (12/59) A distribuição (em %) das partículas nos segmentos do intestino (intestino delgado=ID), (cego=C), (cólon ascendente=CA), (ângulo hepático=AH), (transverso proximal=TP), (transverso distal=TD), (ângulo esplênico=AE), (cólon descendente=CD), (cólon sigmóide=CS), (recto=R) nos grupos ($\leq 50/51-100/>100$), foi: ID= (0.3/1/0); C=4.6/2/0.8); CA= (5/4/6.4); AH= (1/1/1.6); TP= (2.3/1.5/3.2); TD= (1.3/0.5/2.4); AE= (4/3.5/12.8); CD= (9.6/13/20); CS= (17/22/8); R= (14/0.5/4). A distribuição segmentar pelo cólon direito (CD) cólon esquerdo (CE) e cólon sigmóide e recto (CSR) das partículas em função total do ingerido, nos mesmos grupos, ($\leq 50/51-100/>100$), foi: CD (12,1/9,5/11); CE (14,9/17/35,2); CSR (31/22,5/15,7). **Conclusão:** 1-A percentagem de partículas radiopacas no cólon foi significativamente superior nos com sensibilidade rectal a um estímulo > 100 ml ($p < 0,01$). 2-Nos grupos ≤ 50 e 51-100, as partículas exibiram tendência de concentração crescente do CE ao CSR mas no > 100 a maior concentração de partículas verificou-se no cólon esquerdo ($p < 0,01$). 3-A velocidade das partículas radiopacas foi menor nos indivíduos com maior limiar da sensibilidade rectal mínima.

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Serviço de Radiologia, Hospital dos Covões, Coimbra; Serviço de Medicina II do Hospital de Santo André, Leiria; Serviço de Gastroenterologia, Hospital dos Covões, Coimbra;

70

ENDOMETRIOSE ILEO-CECAL: UM RARO CASO DE SUBOCCLUSÃO INTESTINAL

Costa B., Manso A., Seródio M., Oliveira D., Castro Sousa F.

A endometriose é uma doença crónica que atinge 5-15% das mulheres em idade fértil e se caracteriza por endométrio funcionante ectópico. A endometriose ileocecal é uma forma gastro-intestinal rara (1-7%) que constitui um diagnóstico diferencial difícil e cujas complicações incluem oclusão intestinal, perfuração e degenerescência neoplásica. Os autores descrevem um caso de suboclusão intestinal por endometriose ileo-cecal. Tratava-se de uma doente de 35 anos com dores recidivantes na fossa ilíaca direita com 10 meses de evolução e agravamento progressivo. Os exames complementares efectuados incluíram ecografias abdominais, que descreveram ansas justapostas na fossa ilíaca direita, envolvidas por líquido; ecografia endo-vaginal que revelou um derrame peri-uterino; T.C. abdomino-pélvica, colonoscopia total com ileoscopia terminal e cintigrafia intestinal com leucócitos marcados, sem alterações evidentes e uma enterocliose por T.C. (ao 10º mês) que demonstrou uma formação endo-luminal no ileon terminal, com 3,4 cm, associada a dilatação das ansas a montante e a tortuosidade do pedículo vascular. Nessa altura, a paciente foi admitida com exacerbação das queixas dolorosas e uma tumefacção intermitente no quadrante inferior direito. Optou-se, então, por uma laparotomia exploradora, ressecção ileo-cecal e ooforectomia direita. Per-operatoriamente, verificou-se um derrame peritoneal seroso, um quisto do ovário direito e uma lesão estenosante do ileon terminal e da válvula ileo-cecal, envolvendo o apêndice. O exame histológico revelou um endometriose ileo-cecal e um quisto do corpo amarelo do ovário. Actualmente, ao segundo mês de "follow-up", a doente encontra-se assintomática. Este caso clínico é paradigmático das dificuldades diagnósticas de uma endometriose intestinal cuja hipótese deve ser equacionada perante quadros dolorosos abdominais de carácter cíclico em doentes do sexo feminino, em idade fértil; a laparoscopia exploradora pode ser importante para o diagnóstico e tratamento. Embora o tratamento farmacológico possa ser útil, a ressecção cirúrgica é frequentemente necessária.

Clínica Universitária e Serviço de Cirurgia III Faculdade de Medicina e Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.

71**SUBOCCLUSÃO INTESTINAL APÓS TROMBOSE VENOSA MESENTERICA ASSOCIADA A SÍNDROME DE HIPERCOAGULABILIDADE**

Costa B., Seródio M., Maia R., Brito A., Oliveira D., Castro Sousa F.

A trombose venosa mesentérica aguda é uma entidade clínica rara, com apresentação habitualmente inespecífica e morbi-mortalidade significativa. Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 67 anos com episódios recorrentes de subocclusão intestinal alta e um emagrecimento significativo (38% do peso corporal). O quadro clínico, com cinco meses de evolução, teve início um mês após uma trombose venosa mesentérica aguda. Os antecedentes pessoais e familiares não eram relevantes. Ao exame objectivo, destacavam-se a desnutrição (I.M.C=17,9 Kg/m²) e uma acentuada distensão epigástrica. Os exames complementares incluíram radiografias do abdómen e uma colonoscopia sem alterações significativas; uma endoscopia digestiva alta com evidência de esofagite péptica, estase gástrica e dilatação duodenal e uma T.C. abdominal demonstrando distensão gástrica e do jejuno, espessamento parietal segmentar de duas ansas intestinais e trombose da veia mesentérica superior. Os marcadores tumorais (C.E.A., A.F.P., CA 19-9, P.S.A., CA 72-4, Cyfra 21-1, N.S.E.) eram normais. Os anticorpos anticoagulante tipo-Lúpus e anti-β₂glicoproteína I (IgM e IgG) eram positivos; a homocisteinémia era normal. O doente foi submetido a suporte nutricional e a laparotomia exploradora; per-operatoriamente, verificou-se uma dupla estenose jejunal, exuberantes aderências de aspecto inflamatório e espessamento da raiz do mesentério; foi realizada uma dupla enterectomia segmentar jejunal e lise de aderências. O exame histológico confirmou o diagnóstico de estenoses isquémicas jejunais. A evolução pós-operatória (trinta e três meses de catamenese), sob anticoagulação oral, foi favorável e o doente recuperou o peso habitual. Como causa de trombofilia, verificou-se uma síndrome antifosfolípido, associada às mutações genéticas MTHFR C677T e A1298C (dupla heterozigotia) e, como factor de agravamento, a mutação PAI-1 4G/4G. A trombose venosa mesentérica exige um elevado índice de suspeição, a pesquisa de eventuais factores de risco (imprescindível para uma adequada prevenção trombo-embólica secundária) e o reconhecimento atempado das complicações tardias.

Clínica Universitária e Serviço de Cirurgia III
Faculdade de Medicina e Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.**72****THE IMPACT OF MUCOSAL HEALING ON THE ECONOMIC BURDEN OF CROHN'S DISEASE**

Esser D., Waters H.C.

Aims: To investigate the association between mucosal healing (MH) and the use of health care resources in Crohn's disease (CD)

Methods: We adapted a published Markov model and simulated two cohorts of 1,000 patients over 10-years. Transition probabilities from a published CD Markov model were increased by 50% (no-MH group) or decreased by 25% (MH group) from each health-state into the surgery-state using resection rates from a Norwegian cohort of CD patients with or without MH. Transition rates from the surgery state were left unchanged. Costs and utilities were calculated using previously published values and discounted at 5% per year

Results: Patients with MH used fewer health care resources than no-MH patients whilst having a comparable QoL. Cost savings amounted to US\$1,769 (US costs) or £1,285 (UK costs) per patient, driven mainly by a reduction in surgery costs in the MH group that exceeded the costs for increased use of medical therapy. QoL was comparable, with the MH-group gaining 0.008 incremental QALYs/patient vs.no-MH. Over the 10-year period, a patient in the MH group on average spent more time in the remission (5-months), mild (4-months) and severe (1-month) disease-states and less time in the surgery (1-month) and post-surgical remission-state (9-months) than a patient in the no-MH group. There were fewer deaths in the MH group vs. no-MH— 81 vs. 82, respectively.

Conclusion: Achieving MH is associated with a tangible clinical benefit for the individual patient (avoiding surgery) as well as an economic benefit of reduced health care utilisation. Patients in the Norwegian cohort study with MH also had fewer complications, including abscesses and fistulas, and used fewer steroids. Therefore, the positive impact of MH on health care resource utilisation, costs and the patient's quality of life may be greater. When evaluating CD treatments, the benefits of achieving MH should be considered.

Centocor BV, Leiden, The Netherlands; Centocor Ortho Biotech Services, LLC, USA

73

PERSISTENCY OF INFLIXIMAB DOSING IN CROHN'S DISEASE: PRELIMINARY RESULTS FROM A CHART REVIEW

Waters, H.C.; McKenzie, R. S.; Lunacsek, O.; Franklin, M.; Lennert, B.J.; Piech, C.T.

Aim: Retrospective analysis of dose and frequency of infliximab maintenance treatment in patients with Crohn's disease (CD) using patient chart data.

Methods: Patients were >18 years old, had confirmed CD, and an infliximab index date (date of first infliximab) between 01/01/2005-09/30/2007. >24-months of continuous data availability were required, including >12-months before and after the infliximab index date. Patients were excluded if they had evidence of biologic use within 12-months prior to the infliximab index date or had participated in a CD clinical trial. The analysis evaluated maintenance infliximab treatment occurring subsequent to the initial 3 doses.

Results: N=76; Mean(SD) age=42(16) years, 46.1%=female, mean weight=81(19)kg, and mean number of years from CD diagnosis to infliximab=6.5(8.4). 97% received infliximab 5mg/kg and 3% received 10 mg/kg at initial maintenance dosing. 22% of charts indicated doses of 5mg/kg, but could not be evaluated due to incomplete information regarding frequency of administration, and 3% could not be evaluated due to incomplete dose information. 57 charts were evaluable: stable dosing and administration frequency was reported in 79% of patients who received infliximab 5mg/kg [Dosing: every 8 weeks (n=34), every 6 weeks (n=6), or every 4 weeks (n=5)]. One patient taking 5mg/kg increased from every 8 weeks to every 6 weeks, while another decreased from every 8 weeks to every 11 weeks. 4% of patients increased from 5mg/kg to 10mg/kg, while 9% increased from 5mg/kg to less than 10mg/kg. One patient increased dose from 5mg/kg to 10mg/kg but lowered the frequency of dosing from every 4 weeks to every 8 weeks.

Conclusions: During maintenance, 79% of evaluable patients were taking 5mg/kg doses of IFX at stable intervals. Weight-based dosing and patient response enables providers to find the effective dose for each patient, which then remains relatively stable during the maintenance phase of the initial year of treatment.

Outcomes Research, Centocor Ortho Biotech Services, LLC, Horsham, PA, USA.; Xcenda, LLC., Palm Harbor, FL, USA.

74

CONTROL OF DISEASE FLARES AMONG PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Waters, H.C.; Bolge, S.; Freedman, D.; Piech, C.T.

Aim: To investigate frequency and severity of disease flares in patients with ulcerative colitis (UC) and evaluate treatment patterns of these patients.

Methods: Cross-sectional data were collected via the IBD Study Project during Q3-2008. Participants were recruited from an Internet panel of self-identified IBD sufferers. All respondents were aged ≥18 years, and stratified by gender, age, race, and self-reported disease severity.

Results: 505 patients with UC completed the survey (72.7% female; average age= 48.6 years; mean 11.9 years of diagnosed UC). Overall, 27.9% of all UC patients reported >1 flares per week while an additional 25.1% reported >1 flares per month. Most disease flares lasted <7 days (76.5%) and were classified as moderate (51.9%). Patients experiencing >1 flares/week were younger than those experiencing fewer flares (mean ages 45.7 vs. >47.6 years), had been diagnosed more recently (9.6 years vs. >11 years), and were more likely to classify their disease as moderate (56.0% vs. 30.8%) or severe (13.5% vs. 4.1%) in nature. Most patients flaring >1/week reported being treated with steroids (49.6%) or 5-ASA (41.1%) as maintenance medication, while only 19.1% received immunomodulators and 17.0% received biologics as maintenance. Disease flares were most often treated by increasing the dose of the patient's current medication (60.5%) or adding a steroid to the current treatment regimen (34.5%). Patients flaring >1/week were more likely to visit the emergency room (29.8% vs. 18.7%, p=0.007) or be hospitalized (23.4% vs. 11.8%, p=0.001) than patients experiencing fewer flares.

Conclusions: Patients who classify their UC as moderate to severe report frequent disease flares. The majority of patients with frequent flares are being treated with 5-ASAs and steroids as their maintenance medication. More aggressive maintenance treatment paradigms may help to control disease flares more effectively, which in turn, may help reduce utilization of hospital services.

Outcomes Research, Centocor Ortho Biotech Services, LLC, Horsham, PA, USA.; Consumer Health Sciences International, Princeton, NJ, USA.

75**SIGNIFICADO DO CORTISOL SÉRICO ELEVADO NA DII**

Nunes ACR, Cardoso H, Cardoso E, C Costa Santos

Introdução: Níveis elevados de cortisol sérico sugerem secreção aumentada de glucocorticóides durante doenças agudas ou severas. O tratamento da doença inflamatória intestinal (DII) na fase aguda inclui administração de corticóides que influencia os níveis de cortisol. Os níveis séricos de cortisol poderão ter importância na severidade da DII.

Objectivos: Avaliar o significado do cortisol plasmático elevado na doença inflamatória intestinal (DII).

Material e Métodos: Estudo prospectivo (Janeiro-Dezembro 2008) incidindo sobre 191 casos de DII seguidos em consulta externa de gastroenterologia (111DC:80CU) com doseamento do cortisol plasmático. Critérios de exclusão: 1) terapêutica com corticóides há menos de 1 mês, 2) doenças instáveis/neoplásicas associadas e 3) história de abuso etílico/drogas /tabaco. Estatística: χ^2 e Odds Ratio (or).

Resultados: Tempo de DII=9,9±9 anos (1-47); Idade média=42,6±13,5 anos; Sexo: 85H e 106M; Classificação Montreal (Localização): 26 L1, 34 L2, 47 L3 e 4 L4 & 14 CU1, 40 CU2 e 26 CU3; Foram operados 42/191 doentes (21,9%); Apresentaram fistulas perianais 28/191 (14,7%); Cortisol=21,3±9,9 µg/dl (1,0-49) com valores elevados em 49,7% casos. Houve relação entre o cortisol sérico elevado e a existência de cirurgia (p<0.0001), a presença de complicações (p<0.0001), o uso de azatioprina (p=0.006), o uso de infliximab (p=0.012) e a presença de fistulas (p<0.0001).

Conclusões: Na doença inflamatória intestinal os níveis séricos elevados de cortisol plasmático relacionaram-se com a existência de cirurgia, a presença de complicações, o uso de azatioprina, o uso de infliximab e a presença de fistulas, o que poderá estar relacionado com a maior gravidade e severidade da DII.

Serviço de Gastroenterologia – Hospital de São João

76**DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COM >10 ANOS DE EVOLUÇÃO**

Nunes ACR, Rodrigues S, C Costa Santos

Objectivos: Avaliar as características de doentes seguidos numa consulta de gastroenterologia com doença inflamatória intestinal (DII) e diagnóstico há mais de 10 anos.

Material e Métodos: Estudaram-se retrospectivamente 99 portadores de DII com mais de 10 anos de evolução observados consecutivamente e seguidos numa consulta externa de gastroenterologia (59DC:40CU) – Grupo A. Em seguida, compararam-se com 151 portadores de DII (81DC:70CU) também observados consecutivamente em consulta externa mas com <10 anos de evolução – Grupo B.

Estatística: χ^2 e Odds Ratio (or).

Resultados:

	H/M	DurDII	Esten.	Compl.	MEI	Fist.	Cirurg.	Anemia
GrupoA	44/55	19,1±7,9	29%	47%	54%	30%	30%	8%
GrupoB	59/81	4,2±2,7	19%	33%	37%	13%	13%	12%

Os doentes portadores de DII com mais de 10 anos de evolução apresentaram maior frequência de estenose digestiva (p=0.048), de complicações (p=0.026), de manifestações extraintestinais (p=0.01), de fistulas (p=0.001) e de cirurgia (p=0.001). Não houve relação entre a DII com mais de 10 anos de evolução e a presença de anemia (p>0.05).

Conclusões: Os doentes portadores de DII com mais de 10 anos de evolução apresentam maior frequência de estenoses digestivas, complicações, manifestações extraintestinais, fistulas e cirurgia.

Serviço de Gastroenterologia – Hospital de São João - Porto

77

SPATIAL- TEMPORAL MODELING OF GASTRIC CANCER IN THE NORTH OF PORTUGAL BY PRINCIPLE HISTOLOGY TYPES: 1995-2005

Miguel Henriques Abreu 1, Joana Gomes Dias 2, Eduarda Matos 3, Denisa Mendonca 3

A difference in incidence and mortality of gastric cancer from north to south has been observed in several countries, with the northern area having a higher mortality risk than those in the south.

In the north of Portugal there is a cultural tradition of salt- based preservation of food and the use of smoked meat in the daily meals, particularly in the interior areas.

Materials and Methods: We conducted a retrospective study of gastric cancer between 1995- 2005 in the Northern Region of Portugal. The data was collected from the Oncological Registry of the North of Portugal.

For each municipality the SIRs were calculated adjusted for known confounders such age and sex.

Spatial-temporal modelling was used to identify the pattern of spatial-temporal distribution using the R-project and Winbugs computer software programs
Results: The data base included 10826 new cases of gastric cancer (4457 women and 6369 men) in a population of 3236089 people.

The crude rates for men was 40, 75 and for women 26, 64 respectively. The specific rates rise through the five age groups considered.

From 68 municipalities, we verified that the major SIR (1,5-2,0) was concentrated in two municipalities (Póvoa de Varzim and Vila do Conde) that belong to Oporto's area.

One interior area, Braga, and the municipality of Bragança also had higher incidence that all the North area.

Conclusions: The higher incidences of gastric cancer observed, mainly in two areas of the north of Portugal, justify future studies to understand the principle factors that contribute to this values. We did not observe the interior- coast gradient which may be explained with the migration of people to the more developed cities in the north area.

In Bragança, traditional food habits, may justify the maintenance of high values of incidence of gastric cancer.

1 IPO, Portuguese Institut of Oncology, Francisco Gentil, Oporto, Portugal
2 Public Health Department of Regional Administration of Health, Oporto, Portugal
3 ICBAS, Biomedics Sciences Institut of Abel Salazar, University of Oporto, Oporto, Portugal

78

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE 74 CASOS DE COLITE ISQUÊMICA INTERNADOS NUM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA NO INTERVALO DE 3 ANOS

Torres J, Ferreira R, Ferreira M, Mendes S, Pereira MJ, Carvalheiro J, Agostinho C, Mesquita R, Romão Z, Panão E, Campos MJ

Introdução: A colite isquémica (CI) é a forma mais comum de lesão isquémica do tubo digestivo; atinge doentes em faixas etárias avançadas, com co-morbilidades associadas. **Objectivo:** Caracterizar clinicamente um grupo de doentes com CI. **Material e métodos:** Realizada análise retrospectiva dos doentes internados entre Janeiro-2006 a Dezembro-2008, com diagnóstico de CI. **Resultados:** Identificados 74 doentes, 73% do sexo feminino. Idade média: 76 anos (38-94), com 90% dos doentes > 61 anos. Tempo médio de internamento : 8 dias (2-21). 71,6% dos doentes apresentavam patologia do foro cardiovascular (CV), 33,8% patologia trombo-embólica e 5,4% episódio prévio de CI. 35% encontravam-se acamados.

As queixas que motivaram o recurso ao SU foram: dor abdominal (58%), rectorragias (49%), hematoquézias (39,2%), vômitos (20,3%) e febre (1,4%). 4,1% dos doentes apresentaram-se à entrada com instabilidade hemodinâmica. Laboratorialmente 65% apresentavam leucocitose, 60% elevação da PCR e 24% anemia. Em 10,8% dos casos houve necessidade de transfusão.

O cólon descendente encontrou-se atingido em 60,8%, o sigmóide em 44,6%, a flexura esplénica em 8,2%, o transverso em 4,1% , o ascendente em 2,7% e o recto em 8,1% dos casos. Em 75,7% dos doentes foi realizado controlo endoscópico que revelou boa evolução das lesões observadas à entrada. Foram realizadas biopsias em 89,2% dos casos, que foram concordantes com o diagnóstico endoscópico. Não se registou mortalidade; um doente recidivou no espaço de um ano.

Conclusões: Verificou-se um predomínio da CI no idoso do sexo feminino. O cólon descendente foi o segmento mais atingido (60,8%). Raramente houve necessidades transfusionais (10,8%). Observou-se nesta população uma elevada percentagem de doentes acamados (35%), com factores de risco CV (71,6%) e com antecedentes de patologia trombo-embólica (33,8%). Apesar das co-morbilidades, em todos os doentes houve uma evolução favorável, destacando-se a ausência de necessidade de cirurgia e de mortalidade nesta série.

Serviço de Gastroenterologia – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

79**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA - 17 ANOS DE ACTIVIDADE**

Freire P., Romãozinho J.M., Ferreira M., Amaro P., Leitão M.C.

Introdução: É escassa a literatura sobre a actividade de Unidades de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia (UCIGE).**Objectivo:** Descrição da actividade numa UCIGE.**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos internamentos registados na UCIGE entre 03/1992 e 02/2009.**Resultados:** Registaram-se 3997 internamentos, correspondentes a 3689 doentes, com relação M/F de 2,3/1, média de idades de 58,9 anos (8-101) e duração média de internamento de 4,6 dias. **Motivos de internamento:** hemorragia digestiva alta (HDA) - 74,9%, pancreatite aguda (PA) - 7,9%, encefalopatia porto-sistémica - 3,1%, falência hepática fulminante (FHF) - 2,0%, outros - 12,1%. **Etiologia dos principais motivos de internamento:** HDA (n = 2992): varizes esofágicas (VE) - 36,3%, úlcera duodenal (UD) - 24,6%, úlcera gástrica (UG) - 17,2%, varizes gástricas (VG) - 7,4%, lesão de Dieulafoy (LD) - 3,6%, síndrome Mallory Weiss - 2,7%, neoplasia - 1,4%, outras - 6,8%. PA (n = 317): litíase - 43,5%, etilica - 24,9%, indeterminada - 15,2%, dislipidémia - 8,2%, iatrogénica - 3,8%, medicamentosa - 1,6%, outras - 2,8%. FHF (n = 79): indeterminada - 28%, fármacos - 25%, vírica - 22%, tóxica - 10%, outras - 15%. **Referência a cirurgia:** global - 11,7% (FHF - 47%, PA - 17,3%, HDA - 8,0%). **Taxa de reinternamento:** global - 7,9% (HDA - 8,4%, PA - 6,0%). **Mortalidade:** global - 11,4%; HDA - 8,6% (VE - 15,1%, VG - 10,9%, LD - 7,4%, UG - 4,3%, UD - 2,5%, outras - 6,9%); PA - 20,8% (indeterminada - 33,3%, litíase - 17,4%, etilica - 10,1%, dislipidémia - 7,7%); EPS - 34,7%; FHF - 31,7%.**Conclusões:** 1) Predomínio de doentes do sexo masculino; 2) Cerca de ¼ dos internamentos por HDA, principalmente rotura de varizes (44%) e úlcera péptica (42%); 3) Preponderância da litíase biliar como causa de PA; 4) ¼ dos casos de FHF de etiologia medicamentosa; 5) Reinternamentos associados sobretudo à rotura de varizes; 6) Mortalidade global devida essencialmente a EPS, FHF, PA e rotura de varizes; 7) Taxa de mortalidade de úlcera péptica sangrante de apenas 3,2%.

Serviço de Gastroenterologia – Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia (UCIGE). Hospitais da Universidade de Coimbra.

80**ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: O IMPACTO DOS SINAIS DE ALARME**

Ferreira R., Torres J., Agostinho C., Marques M., Ferreira M., Mendes S., Pereira MJ., Carvalheiro J., Romão Z., Mesquita R., Panão E., Campos MJ

Introdução: A presença de sinais de alarme (emagrecimento, disfagia, hemorragia digestiva, anemia) como forma de apresentação do adenocarcinoma gástrico (AG) tem sido recentemente associada a um pior prognóstico. **Objectivos:** 1. Determinar num grupo de doentes com AG a prevalência de sinais de alarme no momento do diagnóstico. 2. Avaliar a relação entre a presença de sinais de alarme, as características endoscópicas e histológicas do tumor e o prognóstico. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de 42 doentes com AG diagnosticado entre 1/1/2004 e 31/12/2008. Sinais de alarme: emagrecimento, disfagia, anemia e hemorragia digestiva. Utilizados testes de Mann-Whitney, χ^2 e Odds Ratio para a comparação das variáveis entre o grupo com sinais de alarme e sem sinais de alarme. A análise de sobrevida teve por base os métodos Kaplan-Meier e Cox-regression. **Resultados:** Doentes com AG=42, 59% homens, idade média=75±11 anos. Com sinais de alarme=31, sem sinais de alarme=11. A presença de anemia foi significativamente maior nos doentes com lesão ulcerada (p=0.047; OR=3.8), já o emagrecimento foi significativamente menor (p=0.047; OR=7.2). Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a presença de sinais de alarme e o tipo histológico ou o estadiamento. A sobrevida média foi de 8,2 meses, não existindo correlação com significado estatístico com a presença de sinais de alarme. Da análise das diversas variáveis com a sobrevida, constatou-se que esta foi significativamente maior nos doentes com lesão ulcerada (p=0.023), com menor grau de estadiamento (p=0.008) e nos que efectuaram tratamento (p=0.002), sendo o tratamento a variável de maior impacto. **Conclusões:** A presença de sinais de alarme como forma de apresentação do AG constituiu uma situação frequente (74%). Contudo, não se verificou uma correlação significativa entre a sua presença e o prognóstico. No grupo de doentes estudados, os factores preditivos de maior sobrevida foram a presença de lesão ulcerada, o estadiamento e o tratamento, sendo este último o de maior impacto.

Centro Hospitalar de Coimbra-Serviço de Gastroenterologia

81

EVOLUÇÃO DA ACTIVIDADE DUMA UCIGE: ANÁLISE DE DUAS COORTES TEMPORAIS

Freire P., Romãozinho J.M., Ferreira M., Amaro P., Leitão M.C.

Introdução: As Unidades de Cuidados intensivos de Gastroenterologia (UCIGE) são estruturas relativamente recentes, não existindo dados sobre o perfil evolutivo da sua actividade. **Objectivo:** Analisar a evolução da actividade duma UCIGE como factor de avaliação da qualidade dos cuidados prestados. **Material e Métodos:** Os internamentos registados numa UCIGE foram divididos em duas coortes temporais - Coorte I (03/1992 a 02/2001), Coorte II (03/2001 a 02/2009) – que se compararam relativamente a vários parâmetros. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS (p < 0,05). **Resultados:**

	Coorte I (n = 2181)	Coorte II (n = 1816)	p
Idade média (anos)	59,3	58,4	< 0,0005
Sexo (M/F)	2,5/1	2/1	0,001
Admissão por HDA	80,0%	68,7%	< 0,0005
Admissão PA	6,5%	9,6%	< 0,0005
Admissão FHF	1,7%	2,3%	ns
Duração do internamento	4,9 dias	4,2 dias	< 0,0005
Referenciação cirúrgica	16,8%	5,6%	< 0,0005
Taxa de reinternamento	10,3%	4,9%	< 0,0005
Taxa de mortalidade	12,4%	10,2%	0,019

HDA – hemorragia digestiva alta; PA – pancreatite aguda; FHF – falência hepática fulminante.

Conclusões: Em 17 anos de actividade verificou-se: 1) Redução da idade média dos doentes e decréscimo da preponderância de doentes do sexo masculino; 2) Diminuição relativa da admissão por HDA e aumento da proporção de internamentos por PA; 3) Encurtamento da duração do internamento; 4) Diminuição da referenciação cirúrgica; 5) Redução dos reinternamentos; 6) Decréscimo da taxa de mortalidade.

Serviço de Gastroenterologia – Unidade de Cuidados Intençivos de Gastroenterologia (UCIGE), Hospitais da Universidade de Coimbra.

82

DA VELHA VIENA PARA A NOVA MONTREAL: CARACTERIZAÇÃO FENOTÍPICA E EVOLUÇÃO CLÍNICA DOS DOENTES COM DOENÇA DE CROHN

Rebello A, Rosa B, Leite S, Moreira MJ, Ribeiro JM, Cotter J

Objectivos: Caracterização de uma população de doentes com DC segundo as escalas de classificação de Viena (CV) e Montreal (CM), avaliar as diferenças e potenciais vantagens da última relativamente à primeira e validar a CM através da análise longitudinal da variação fenotípica desta população.

Material e Métodos: Estudo longitudinal retrospectivo incluindo 122 doentes consecutivos com DC. Todos classificados pela CV e CM. Avaliou-se a evolução dos subgrupos (aos 0, 1, 3, 5 e 10 anos) e a necessidade de cirurgia. Aplicado o método de Kaplan-Meier para a curva de sobrevivência (tempo livre de cirurgia) e pelo teste Log Rank compararam-se as curvas de sobrevivência para as variáveis: sexo, tabaco, idade de diagnóstico (= 0,05).

Resultados: 68 mulheres (56%) e 54 homens (44%), idade média de 38 anos (+/-12) e período médio de evolução da doença de 6,7 anos (0,5 a 29 anos). A CM comparativamente à CV, permitiu a reclassificação de 6 doentes no critério idade de diagnóstico (A), 4 no critério localização (L) e 19 no critério comportamento (B).

No follow-up, a localização (L) da doença permaneceu estável em ambas as classificações, enquanto o comportamento (B) pela CV modificou-se aos 3 e 5 anos e permaneceu estável pela CM.

Foram submetidos a cirurgia major 41,8% dos doentes; identificou-se uma maior associação entre a necessidade de cirurgia major e o grupo B3 da CM (odds ratio, OR=12), comparativamente ao B3 da CV (OR=4).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as curvas de sobrevivência e as variáveis sexo (p=0,27), tabaco (p=0,64) e idade de diagnóstico (p=0,82).

Conclusão: A CM é mais sensível na avaliação fenotípica do comportamento da doença, principalmente após a exclusão da doença perianal da categoria de doença penetrante. A classificação da DC por padrão fenotípico poderá ser aplicada para predizer a sua história natural.

Centro Hospitalar do Alto Ave, Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

83

ESOFAGITE EOSINOFILICA - ENTIDADE CLINICA EMERGENTE EM JOVENS ADULTOS

Duque G., Souto P., Gregório C., Ferreira M., Leitão M.C.

Objectivo: Caracterização de um grupo de doentes com esofagite eosinofílica. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo incidindo sobre 8 doentes com diagnóstico de esofagite eosinofílica. Os critérios de diagnóstico foram sintomas de disfunção esofágica e presença de >15 eosinófilos/Campo Grande Ampliação nas biópsias esofágicas. Os doentes com história de doença refluxo gastro-esofágico, gastroenterite eosinofílica, esofagite cáustica e por ingestão de fármacos foram excluídos. **Resultados:** Identificados 8 doentes (6 do sexo masculino) com média de idade 20±3 anos. Em 7 casos havia disfagia transitória (87,5%), em 5 casos impaction alimentar (62,5%) e um caso com dor torácica (12,5%). Em 7 casos havia antecedentes de asma, alergias ambientais ou atopia. Em 3 casos, o esófago não apresentava alterações macroscópicas; 3 apresentavam anéis esofágicos e 2 tinham pontilhado branco no órgão. Analiticamente, 2 casos (25%) apresentavam eosinofilia no sangue e 50% aumento da Ig E sérica. O tempo mediado entre o início dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico foi de 41,4±51 meses. A abordagem terapêutica foi em 62,5% foi a corticoterapia (50% tópica e 12,5% oral) com melhoria clínica. Metade dos doentes havia realizado terapêutica com inibidores da bomba de prótons, sem melhoria clínica. **Conclusões:** O diagnóstico de esofagite eosinofílica é uma entidade subdiagnosticada, associada a interregno prolongado entre o início dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico. Só a suspeição clínica com a realização de biópsias esofágicas a poderá identificar.

Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

84

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA – CASUÍSTICA DE OITO ANOS

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

Introdução: O *Clostridium difficile* é o principal agente da diarreia nosocomial nos países desenvolvidos e a sua incidência, morbilidade e mortalidade têm vindo a aumentar nos últimos anos. Os principais factores de risco para o desenvolvimento da doença são a antibiótoterapia prévia, a idade avançada e o tempo de hospitalização. Outros, como a gravidade das comorbilidades, a entubação naso-gástrica, a supressão da acidez gástrica, a estadia em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e estados imunossupressivos (transplantados, HIV, DII, neoplasias) têm sido identificados em vários estudos. Houve um aumento da incidência de diarreia associada ao *Clostridium difficile* (DACd) no nosso hospital em 2008.

Objectivos: Estabelecer qual o factor ou factores relacionados com o aumento da incidência de novos casos de DACd num hospital distrital português em 2008. **Material e Métodos:** Fizemos um estudo retrospectivo, baseado na consulta de processos clínicos identificados por pesquisa do diagnóstico de colite pseudomembranosa (CPM) na base de dados do hospital entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2008. Retirou-se informação relativa aos factores de risco, meios de diagnóstico e complicações da doença. Para correlacionar variáveis contínuas utilizou-se o teste T de Student e para as variáveis categóricas o teste exacto de Fisher.

Resultados: Identificaram-se 37 casos de DACd no período de estudo (média de idades de 76,9 anos), sendo que 16 casos ocorreram em 2008. As principais classes de antibióticos implicadas foram as penicilinas, as quinolonas, as cefalosporinas e os carbapenems. Em 2008, nos casos de DACd, os carbapenems estiveram mais vezes implicados ($p=0,0124$), constatou-se maior uso prévio de inibidores da bomba dos prótons (IBP) ($p=0,0220$) e registaram-se mais complicações ($p=0,0152$).

Conclusão: O maior uso de carbapenems e de IBP parece ter contribuído para o aumento de novos casos de DACd no nosso hospital, em 2008.

Serviço de Gastroenterologia, Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E.

85

RESISTÊNCIA PRIMÁRIA DE ESTIRPES DE *HELICOBACTER PYLORI* ISOLADAS DE DOENTES DA REGIÃO DE LISBOA

Oleastro M.1, Benoliel J. 1, Santos A. 1, Ratalil P. 2, Liberato M. 3

Objectivo: estudo da resistência primária aos antibióticos de estirpes de *H. pylori* isoladas de doentes adultos da região de Lisboa. **Material e Métodos:** de Outubro de 2008 a Março de 2009, isolaram-se estirpes de *H. pylori* de doentes de nacionalidade Portuguesa, com sintomatologia do tubo digestivo superior, submetidos a endoscopia alta e sem antecedentes de terapêutica de erradicação anti *H. pylori*. A susceptibilidade aos antibióticos claritromicina, metronidazol, tetraciclina, levofloxacina, amoxicilina e rifabutina foi testada por metodologia E-Test®. **Resultados:** Isolaram-se, em 57 doentes (24 homens, idade média 46.6 ± 15.4 anos), 57 estirpes de *H. pylori*. Neste coorte, a taxa de resistência primária de *H. pylori* foi de: 26.3% à claritromicina, 28.1% ao metronidazol e 31.6% à levofloxacina. A resistência simultânea a dois destes antibióticos foi observada em 24.6% das estirpes, enquanto que 1.8% foram resistentes aos 3 antibióticos em simultâneo. Não foi detectada resistência à tetraciclina, à amoxicilina nem à rifabutina. Não se observou associação entre a taxa de resistência de *H. pylori* aos antibióticos com o sexo dos doentes. A resistência à claritromicina mostrou-se significativamente associada com a idade <35 anos (p=0.048). **Conclusão:** os dados obtidos neste estudo, apesar de se reportarem a uma única área geográfica, sugerem que a resistência primária de *H. pylori* aos antibióticos em Portugal é elevada. É de realçar: 1) elevada taxa de resistência à levofloxacina, 2) elevada taxa de estirpes simultaneamente resistentes a 2 antibióticos. Este perfil de resistência deverá merecer vigilância, pela possibilidade de poder comprometer a eficácia de alternativas terapêuticas. Neste contexto, a informação do teste de susceptibilidade in vitro aos antibióticos, quando obtida precocemente, poderá ser útil na estratégia de erradicação da infecção por *H. pylori*.

1- DDI, INSA, 2- Unidade de Gastroenterologia, H. Cuf Descobertas, 3- Centro de Gastroenterologia, H. Cuf Infantil Santo

86

DOENÇA ASSOCIADA AO *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*: INCIDÊNCIA CRESCENTE EM DOENTES INTERNADOS

Correia L., Dias A., Simão A., Carvalho A., Nascimento Costa J.M.

Introdução: Vários trabalhos apontam para um aumento da incidência de doença associada ao *Clostridium difficile* (DACD), quer em doentes internados, quer na comunidade. Além de mais frequentes, estas infecções são também aparentemente mais graves, mais difíceis de tratar e com maior probabilidade de recidiva.

Objectivo: Avaliação da incidência e impacto clínico da DACD em doentes internados.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 47 casos de DACD diagnosticados entre 7824 internados num período de 5 anos (1 de Janeiro de 2004 a 31 de Dezembro de 2008). A idade variou entre 47 e 92 anos (idade média de 78), sendo 16 homens e 31 mulheres. Foi efectuada a colheita de dados pela consulta do processo clínico e dos resultados dos exames complementares. **Resultados:** A incidência global de DACD foi de 5/1000 em 2004 e de 9/1000 em 2008; no sexo masculino foi de 4/1000 e no feminino de 9/1000. Cinco doentes (11%) não apresentavam comorbilidade significativa, tendo 4 deles adquirido a DACD na comunidade. Trinta e quatro doentes (72%) adquiriram a infecção em meio hospitalar. Todos os doentes tinham efectuado antibioterapia. Em 44 doentes (94%) o diagnóstico foi confirmado através da positividade da pesquisa de toxina do *Clostridium*. Nos 3 (6%) em que foi negativa, o diagnóstico foi efectuado através de colonoscopia. Em 8 doentes (17%) confirmou-se o diagnóstico de colite pseudomembranosa por colonoscopia. Oitenta e sete por cento foram tratados com metronidazol, tendo 68% apresentado melhoria clínica e 32% falecido.

Conclusões: 1 – A incidência de DACD nos nossos doentes quase duplicou entre 2004 e 2008. 2 – Foi mais frequente no sexo feminino. 3 – Só 11% dos doentes não apresentava comorbilidade significativa. 4 – Em 28% dos nossos casos a DACD foi adquirida na comunidade. 5 – A taxa de mortalidade foi elevada (32%).

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, SERVIÇO DE MEDICINA III

87**MOTIVOS DE PARAGEM DE TERAPÊUTICA COM ANTI-TNF NA ARTRITE REUMATÓIDE E NA DOENÇA DE CROHN**Nunes A., Vieira A., Fernandes V., Freitas J.

Introdução: A suspensão da terapêutica com anti TNF, pode ter motivos relacionados com a indicação, a evolução clínica ou as complicações.

Objectivos: Comparar duas séries de doentes, respectivamente com Atrite Reumatóide (AR) e com Doença de Crohn (DC), submetidos a tratamento com Infliximab (IFX) no que respeita ao número de doentes que suspenderam tratamento e às causas dessa suspensão.

Métodos: Estudo retrospectivo de duas séries de doentes com AR e com DC tratados com IFX entre 2001 e 2009. Classificaram-se os motivos de suspensão em 1) ineficácia do tratamento 2) remissão prolongada 3) complicação grave.

Resultados: A série de AR tem 46 doentes (39 mulheres, média etária 54,9 anos SD 12,4) e a da DC tem 32 doentes (20 mulheres, média etária 33,1 anos, SD 10,4). O tratamento foi suspenso em 24 (52,1%) dos 39 doentes com AR e em 19 (59,3%) dos 32 doentes com DC (NS). A ineficácia do tratamento causou suspensão em 16 (34,7%) dos 46 doentes com AR e em 5 (15,6%) dos 32 doentes com DC (p=0,073, NS). 12 dos doentes com AR mudaram terapêutica para outro antiTNF. Em 6 (18,75%) dos casos de DC houve remissão prolongada que originou suspensão do tratamento, não se verificando esta ocorrência na AR. As complicações graves surgiram em 7 (21,87%) dos doentes com DC e em 5 (10,86%) dos doentes com AR (p=0,21 NS).

Conclusões: Não se encontraram diferenças relacionáveis com a ineficácia do tratamento ou com as complicações. O critério de remissão prolongada não é considerado na AR e foi utilizado em alguns casos de DC. A existência de terapêuticas biológicas alternativas na AR (quando ainda não estavam aprovadas para a DC) pode ter contribuído para uma mais precoce suspensão do IFX com mudança para outro antiTNF.

Hospital Garcia de Orta
Serviço de Gastroenterologia**88****UM CASO DE DISFAGIA LUSÓRIA DE INÍCIO TARDIO**Seixas D., Romão V., Pimentel A., Calretas S., Santos R., Nascimento Costa

Introdução: A disfagia lusória (DL), uma causa de disfagia esofágica mecânica extrínseca, descrita pela primeira vez em 1794, permanece como etiologia invulgar, pela raridade das anomalias vasculares subjacentes. Estas condicionam usualmente sintomas com início na infância, existindo porém alguns relatos de manifestação tardia, como o descrito no presente caso clínico.

Caso clínico: Homem de 73 anos com queixas de disfagia intermitente para líquidos, tosse com expectoração raída de sangue e disfonia com 5 meses de evolução. Antecedentes de etilismo crónico (100g/dia), tabagismo (22,5UMA) e síndrome plurimetabólica. Na avaliação objectiva: obesidade (IMC 32 Kg/m²) e imobilidade laríngea esquerda. EDA: sem alterações; Broncofibroscopia: cordas vocais assimétricas durante a fonação e sinais de bronquite crónica; TAC cervico-torácica: assimetria das cordas vocais e pregas ari-epiglóticas, arco aórtico à direita (AAD), com emergência independente dos quatro ramos supra-aórticos, com artéria subclávia esquerda retro-esofágica (ASERE), apresentando pequeno aneurisma na sua emergência; Trânsito esofágico: compressão extrínseca na parede postero-lateral direita do esófago, na transição do terço superior para o médio, em relação com a crossa da aorta e com a emergência da artéria subclávia esquerda.

Diagnóstico: DL condicionada por anel vascular completo (AAD com ASERE e ligamentum arteriosum esquerdo). Proposta ao doente correcção cirúrgica, que recusou.

Conclusões: Malformações congénitas silenciosas do arco aórtico podem ser modificadas por fenómenos patológicos adquiridos, nomeadamente aterosclerose e dilatação aneurismática, precipitando aparecimento de sintomas esofágicos e/ou traqueobrônquicos. Nestes casos a disfagia pode ser um diagnóstico difícil e, pelo risco de complicações graves que podem advir do agravamento da fragilidade vascular, pôr em risco a vida do doente.

Hospitais da Universidade de Coimbra - Serviço de Medicina III

89

EPIGASTRALGIAS EM DOENTE TRANSPLANTADA

Nunes A., Loureiro R., Sousa R., Santos C., Borralho P., Neves A., Freitas

Mulher de 52 anos, com transplante renal por insuficiência renal crónica, que iniciou cerca de 6 meses após o transplante um quadro caracterizado por epigastralgia intensa, de agravamento progressivo, associado a náuseas e emagrecimento com perda de 8% do peso corporal.

Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou diversas úlceras de bordos elevados no antro cujas biópsias revelaram gastrite crónica atrófica. Um mês depois, por persistência das queixas sob terapêutica com inibidor da bomba de prótons, repete EDA constatando-se a existência de várias lesões subepiteliais ulceradas. As biópsias mostraram linfoma B polimorfo associado ao vírus Epstein-Barr. Após tratamento dirigido, verificou-se desaparecimento das queixas.

Hospital Garcia de Orta
Serviço de Gastroenterologia

90

A DIVERSIDADE DO ESTADO NUTRICIONAL EM ONCOLOGIA!

Chaves M., Cruz C., Ravasco P., Monteiro Grillo I., Camilo M.E.

Introdução: A malnutrição em doença oncológica do tracto gastrointestinal é um diagnóstico frequente, quer por défice quer por excesso; ambas são multifactoriais e associam-se a pior prognóstico. **Objectivos:** Avaliar o risco e estado nutricionais e caracterizar o padrão e distribuição dos tipos de malnutrição em doentes com tumores do tracto gastrointestinal, consecutivamente referenciados para Radioterapia. **Metodologia:** Estudo prospectivo em 72 doentes com tumores esófago, estômago, cólon-recto e pâncreas, em diferentes estadios. Peso/altura medidos com balança Jofre® com estadiómetro incorporado. O risco nutricional foi avaliado pelo método Malnutrition Universal Screening Tool(MUST); estado nutricional foi avaliado pelo Patient-Generated Subjective Global Assessment(PG-SGA), método validado e específico para oncologia, e Índice de Massa Corporal(IMC), método capaz de identificar excesso ponderal/obesidade, categorizado conforme referências internacionais estandardizadas para idade/sexo. **Resultados:** Incluímos 49(68%) homens e 23(32%) mulheres; idade média 62±13(18-95) anos. Segundo o MUST 63%(n=45/72) apresentavam elevado/moderado risco de desnutrição e 37%(n=27/72) baixo risco de desnutrição. Segundo o PG-SGA 50%(n=36/72) apresentavam desnutrição grave/moderada e 50%(n=36/72) tinham adequado estado nutricional. Já pelo IMC apenas 3%(n=2/72) estavam desnutridos, 37%(n=27/72) tinham adequado estado nutricional e 60%(n=43/72) apresentavam excesso de peso/obesidade. **Conclusão:** O diagnóstico prevalente foi tumor colorectal (79%), e o estadio III foi o mais frequente (52%). Verificámos que 63% doentes estavam em risco de desnutrição; adicionalmente, se por um lado o PG-SGA identificou 50% doentes como desnutridos, já o IMC identificou a maioria (60%) com excesso ponderal/obesidade. Os nossos resultados enfatizam que uma avaliação nutricional detalhada, é a única forma de correctamente encaminhar os doentes para aconselhamento nutricional individualizado, sendo claramente uma necessidade urgente. Nutrição adequada e atempada, tanto para tratar a desnutrição, como o excesso ponderal/obesidade, tem de ser integrada no tratamento multidisciplinar destes doentes, permitindo melhorar a sua Qualidade de Vida, mas corroborando evidência internacional, potencialmente também o seu prognóstico e consequentemente aumentar a sobrevida.

Unidade de Nutrição e Metabolismo, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

91

CANCRO GÁSTRICO: CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Ferreira R, Torres J, Agostinho C, Ferreira M, Mendes S, Pereira MJ, Carvalheiro J, Romão Z, Mesquita R, Panão E, Campos MJ

Objectivos: Caracterização do cancro gástrico (CG) com base na clínica, diagnóstico, estadiamento, tratamento (tx) e seguimento. **Material e métodos:** Análise retrospectiva de 50 doentes com CG internados no Serviço de Gastroenterologia de 1/1/2004 a 1/1/2009. Excluídos 2 doentes por dados histológicos inconclusivos. **Resultados:** Incluídos 48 doentes, 62% do sexo masculino, idade média de 75±10 anos. Sintomas mais frequentes: constitucionais 69%, hemorragia digestiva 38%, epigastralgia 33%, vômitos 25%. Achados endoscópicos: úlcera 31%, lesão infiltrativa 31%, ulcero-vegetante 27%, polipóide 10%. Localização mais frequente: corpo (40%). Tipos histológicos: adenocarcinoma 88% (indiferenciado 60%, diferenciado 40%), linfoma 8% (não Hodgkin B difuso 75%, tipo MALT 25%), GIST 4%. Adenocarcinoma (n=42): estadiamento (*American Joint Committee on Cancer*) e tx:

Estadiamento	Tx curativo		Tx paliativo	
	IB	IIA	IIIB	IV
n	2	7	7	6
	20	12	2	6
			4	4

Follow-up médio do adenocarcinoma: 6,2M (0-31); mortes:34/42; recidiva: 2/42. Linfoma gástrico (n=4): não Hodgkin B difuso 3/4 (estadio IV de Lugano, tx: QT); tipo MALT 1/4 (estadio I, tx: erradicação de Hp, recidiva aos 7 M); *follow-up* médio: 7,9M (0,5-20); 1 morte. GIST (n=2): forma localizada:2/2; tx: cirurgia; *follow-up* médio: 32M (24-40); 1 morte. **Conclusões:** Na apresentação clínica do CG predominaram os sintomas constitucionais (69%). As formas ulceradas e infiltrativas constituíram o achado endoscópico mais frequente (62%). O adenocarcinoma foi o tipo histológico mais prevalente (88%), apresentando estadio avançado em 48% dos casos e não havendo condições para qualquer tratamento em 45% dos doentes. Foi, ainda, responsável pela maior taxa de mortalidade (80%).

Centro Hospitalar de Coimbra - serviço de Gastroenterologia

92

MASSA DO CÓLON DIREITO

Lagos A, Marques I, Romão C, Canena J, Reis J, Neves B.

Os autores descrevem o caso de um doente de 23 anos, sexo masculino, caucasiano, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes. Internado por um quadro clínico, com 1,5 mês de evolução, caracterizado por alterações do trânsito intestinal, alternando diarreia e obstipação, perda ponderal e diaforese vespertina. No exame objectivo estava febril, icterico, abdómen distendido com massa palpável no flanco direito. Analiticamente tinha TGO-321U/L, TGP-274U/L, B.T-4,54mg/dl (B.D-2.95), F.alcalina-547U/L, LDH-1207U/L, leuc-16610 com 80% neutrófilos e PCR-6,9mg/dl. Realizou colonoscopia que demonstrou massa volumosa de consistência gelatinosa, desde o ângulo hepático até ao fundo cecal (preenchendo cerca de 50% da circunferência do órgão), fortemente sugestiva de atipia, mas sugerindo infiltração extra-colónica. Fizeram-se múltiplas biopsias, com histologia negativa para neoplasia. A TC Toraco-Abdomino-Pélvica revelou derrame pleural bilateral, hepatoesplenomegalia com dilatação da VBIIH, espessamento das ansas do intestino delgado e suspeita de massa na fossa ilíaca direita. Realizou CPRE: estenose do 1/3 proximal da VBP e das hepáticas direita e esquerda, com dilatação das VBIIH; colocou prótese com melhoria franca da icterícia. Realizou toracocentese diagnóstica e biópsia pleural com citologia de linfoma e imunofenotipagem com aumento de CD19 e diminuição de CD3 e é submetido a laparotomia, constatando-se imagens de carcinomatose peritoneal. O exame anatómico-patológico das biópsias do grande epiploon documentou Linfoma não Hodgkin de alto grau - Linfoma B difuso de grandes células. O doente foi referenciado à consulta de Hematologia do Hospital Santa Maria, tendo iniciado quimioterapia com melhoria progressiva do quadro clínico.

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente Serviço de Gastroenterologia II

93

INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE POR S. AUREUS NUM DOENTE COM COLÍTE ULCEROSA A FAZER INFlixIMAB

Marques M., Cardoso H., Rodrigues S., Santos C.

INTRODUÇÃO.

Os inibidores do factor de necrose tumoral α (TNF α) representam avanços importantes no tratamento de inúmeras condições inflamatórias, incluindo a doença inflamatória intestinal. Desde a sua introdução ficou claro que algumas terapêuticas biológicas podem estar associadas com um aumento do risco de infecções bacterianas.

Doente do sexo feminino, 63 anos, com diagnóstico de pancolite ulcerosa corticorresistente na apresentação. Iniciou infliximab (5mg/Kg) com remissão clínica e endoscópica. Um mês após a 3ª infusão de Infliximab, teve um quadro grave de poliartralgias. Estava medicada com 40 mg de prednisona oral/dia por episódio de hipoacusia. Foi diagnosticada uma artrite séptica do ombro por S. aureus: efectuou limpeza cirúrgica e iniciou vancomicina. Por persistir com dor lombar intensa, realizou ressonância magnética nuclear (RMN): região lombossagrada com processo infeccioso entre L3 e S2 compatível com empiema. Foi submetida a nova cirurgia e 2 semanas depois, constatou-se recorrência do empiema estafilocócico. Efectuou tratamento conservador com vancomicina durante 8 semanas. Após este período repetiu RMN da coluna, mostrando melhoria significativa, sem resolução completa, pelo que completou em ambulatório 12 semanas de antibioterapia, com linesulide.

CONCLUSÃO.

A inibição do TNF- α afecta a resposta do organismo à colonização e infecção pelo S. aureus. Na terapêutica biológica, são grupos de risco para complicações infecciosas, doentes idosos, a efectuar corticóides e com índices de actividade clínica graves.

Serviço Gastroenterologia, Hospital São João

94

EFEITOS LATERAIS DA TERAPÊUTICA COM AZATIOPRINA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Pimentel R., Lago P., Caetano C., Salgado M., Moreira T., Pinto R., Areias J.

Objectivos: Avaliar a incidência de efeitos laterais da azatioprina em doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII).

Material e métodos: Revisão de 168 casos de DII sob azatioprina. Registo dados demográficos, clínicos, indicação para azatioprina e efeitos laterais. Resultados: 168 doentes, 150(89%) DC e 18(11%) CU, 93(55%) sexo feminino, idade média 38.5 ± 12.6 (17-76) e duração da doença $8.9 (\pm 7.3)$ anos. A localização ileocólica (45%) e fenótipo estenosante (46%) foram os mais frequentes, com doença perianal em 31%. 67% das CU eram extensas. Indicações mais frequentes para azatioprina: corticodependência (61; 36%) e prevenção de recidiva pós-cirurgia (40; 24%). Efeitos laterais major: mielossupressão grave e/ou persistente (11; 6.5%), pancreatite (9; 5.4%), infecção (7; 4.2%), reacção de hipersensibilidade grave (5; 3%); linfoma (2; 1.2%); leucemia mielóide crónica (1; 0.6%); intolerância gastrointestinal marcada (1; 0.6%). Necessidade de suspender azatioprina em 34 (20%) casos. Dentro das infecções, 2 casos de Tuberculose (1 pleural, 1 pulmonar), um em doente sob azatioprina e infliximab e outro sob azatioprina e corticoterapia. Um caso de aplasia medular por infecção por parvovirus e EBV. Os 3 casos oncológicos surgiram em doentes sob azatioprina e com antecedentes de terapêutica biológica. Efeitos laterais minor em 64 (38%) casos - mielossupressão em 48 (28.6%) e alterações da função hepática em 10 (6%) - resolvidos com redução da dose. A mielossupressão surgiu em alturas muito variáveis (0,5-96 meses). A pancreatite e a reacção de hipersensibilidade ocorreram, em média, $19 (\pm 8.5)$ e $24 (\pm 21.7)$ dias de tratamento, respectivamente. Não observada Toxicidade pulmonar ou Hiperplasia regenerativa nodular hepática.

Conclusões: É significativa a ocorrência de efeitos laterais pela azatioprina, a maioria não obrigando à descontinuação. A mielossupressão foi o efeito adverso mais frequente, podendo ocorrer tardiamente. As complicações infecciosas e oncológicas, embora pouco frequentes, ocorreram, na sua maioria, em doentes sob imunossupressão combinada.

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santo António, Porto

95**DOENÇA DE BEHÇET INTESTINAL**

Ferreira R, Trigo E, Torres J, Agostinho C, Pereira MJ, Carvalheiro J, Fortuna J, Campos MJ

Introdução: A Doença de Behçet é uma vasculite sistêmica que, em 3-16% dos casos, apresenta envolvimento do tubo digestivo, sendo a região ileo-cecal a área mais frequentemente atingida.

Caso clínico: Sexo feminino, de 64 anos, internada no Serviço de Medicina Interna para estudo de úlceras oro-genitais recorrentes, associadas a febre, sudorese nocturna e perda ponderal de 10% com vários meses de evolução. Sem outra sintomatologia associada. Do exame objectivo, destacavam-se hipertermia (38°C) e diversas úlceras orais aftóides. Analiticamente, apresentava anemia macrocítica ligeira (Hb:12.7g/dL; VGM: 107fL), leucopenia ($3,05 \times 10^3$ /uL), elevação da PCR (> 9mg/dL) e da VS (100mm/1^h). Por suspeita de doença linfoproliferativa, realizou TC abdominal que revelou espessamento ileo-cecal e adenopatias infracentimétricas adjacentes. Nesse contexto, é referenciada ao Serviço de Gastroenterologia para realização de ileocolonosopia. No exame endoscópico, visualizava-se no íleo terminal, justa-válvula ileocecal, uma úlcera escavada, irregular, de fundo fibrinoso, com maior eixo no sentido longitudinal, atingindo cerca de 20mm. Observaram-se, ainda, no cólon ascendente e transversal duas úlceras aftóides. A restante mucosa cólica não apresentava alterações. As biopsias revelaram infiltrado inflamatório crónico na lâmina própria, com um folículo linfóide e sem evidência de granulomas. O doseamento de ASCA foi negativo. O teste patérgico foi positivo, bem como a determinação do HLA-B51. Diagnóstico definitivo: Doença de Behçet com envolvimento intestinal (3 critérios de *International Study Group for Behçet's Disease*). Medicada com prednisolona oral com melhoria significativa da sintomatologia.

Conclusões: Este caso ilustra o raro envolvimento intestinal da Doença de Behçet, com características endoscópicas muito semelhantes às descritas na Doença de Crohn. O diagnóstico diferencial entre estas duas patologias é difícil, sendo fundamental a integração dos achados endoscópicos com as manifestações clínico-laboratoriais e o estudo anatomo-patológico.

Centro Hospitalar de Coimbra - Serviço de Gastroenterologia

96**UM CASO DE VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA SOB TERAPÊUTICA COM ADALIMUMAB**

Saiote J, Ramos G, MI Sousa, Ramos J

Introdução: a vasculite leucocitoclástica é caracterizada pela inflamação de pequenos vasos da pele, por deposição de complexos imunes, com desenvolvimento de isquémia das áreas distais.

O adalimumab, um inibidor do factor de necrose tumoral alfa (TNF- α), representa um avanço importante na terapêutica da doença inflamatória intestinal. Por se tratar de um anticorpo monoclonal totalmente humano, poderá ter menos imunogenicidade que os outros agentes anti-TNF- α . Estão descritos raros casos de vasculite leucocitoclástica em doentes sob terapêutica com adalimumab.

Objectivo: descrever um caso de vasculite leucocitoclástica em doente com doença de Crohn, sob terapêutica com adalimumab.

Materiais e Métodos: doente de 30 anos, sexo feminino, com doença de Crohn estenosante diagnosticada aos 16 anos (1994). Submetida a ressecção ileo-cecal em 2002, com colostomia desde então por estenose ano-rectal. Intolerante à terapêutica com azatioprina. Iniciou terapêutica com Adalimumab em Agosto de 2008, com resposta clínica inicial, desenvolvendo após a 26ª administração púrpura palpável dos membros inferiores. O exame histológico revelou vasculite leucocitoclástica. Houve agravamento com a reexposição e resolução do quadro com suspensão do fármaco e corticoterapia.

Comentário: O Adalimumab, apesar de ser um anticorpo monoclonal totalmente humano, pode induzir imunogenicidade, cujas consequências podem implicar a suspensão do tratamento com o fármaco.

Hospital de Santo António dos Capuchos

97

PNEUMATOSE QUÍSTICA INTESTINAL

Gonçalves A., Maldonado R., Velosa J.

Apresenta-se o caso suportado por iconografia, de um doente do sexo masculino, de 68 anos, com antecedentes relevantes de DPOC tabágica, referenciado a consulta de gastroenterologia por rectorragias esporádicas e anemia ferropénica (10 g/dl). Realiza colonoscopia onde se observa dos 30cm aos 70 cm, envolvendo grande parte das paredes do cólon sigmoide e cólon descendente, agregados de formações pseudopolipóides de aspecto quístico, com tamanhos entre os 2 e os 15 mm. Procede-se a punção com agulha de algumas das formações constatando-se saída de ar, estabelecendo-se assim o diagnóstico de pneumatose quística intestinal associada a DPOC. Inicia terapêutica médica com metronidazol 500 mg 8/8 h, durante 3 meses, com melhoria significativa do quadro clínico e das lesões endoscópicas.

A pneumatose quística intestinal é uma síndrome clínica pouco frequente, caracterizada pela presença de ar na parede intestinal, com localização submucosa ou mucosa. Pode ser secundária a variada patologia intestinal grave (85%) ou idiopática (15%). A forma idiopática é um achado benigno e raro. Pode estar associado a pneumopatias crónicas, envolvendo mais frequentemente o jejuno-íleon e em apenas 6% o cólon. É frequentemente paucissintomática surgindo como achado endoscópico ou radiológico. Pode ocorrer regressão espontânea em 50% dos casos.

O nosso caso ilustra assim um diagnóstico raro e endoscópicamente muito característico.

Serviço de Gastroenterologia, CHLN-HSM

98

ESOFAGITE EOSINOFÍLICA NO ADULTO: ASPECTOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS E TERAPÊUTICOS.

Ricardo L., Morgado S., Pires E., Deus J.

Introdução: A esofagite eosinofílica (EE) tem sido reconhecida de forma crescente na última década e, provavelmente, sub-diagnosticada na população adulta. Define-se pela presença de mais de 20 eosinófilos por campo de grande ampliação, em biópsia da mucosa esofágica, não envolvendo outros segmentos do tracto gastro-intestinal.

Objectivos: Estudar os aspectos clínicos, endoscópicos e terapêuticos nos doentes diagnosticados com EE no último ano.

População e Métodos: Foram identificados três casos com EE, no estudo retrospectivo realizado de Janeiro a Dezembro de 2008, na consulta de Gastroenterologia. Todos realizaram endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsias. Analisámos a duração e tipo de sintomas, número de impactos alimentares, alergias, eosinofilia periférica e terapêutica realizada.

Resultados: Todos os doentes são adultos jovens, do sexo masculino, apresentando disfagia recorrente para sólidos, com um ou mais episódios de impacto alimentar. Dois com antecedentes de doença alérgica e um com eosinofilia periférica. Nenhum dos doentes apresentava estenose orgânica na EDA, evidenciando-se anéis circunferenciais e estrias longitudinais num deles, úlceras lineares e ponteado nacarado noutro e mucosa de aspecto normal no outro. A histologia foi compatível com EE nos três casos. Todos foram tratados com IBP e dois deles também com fluticazona deglutida, com melhoria sintomática. Um foi submetido a dilatação com velas antes do início da corticoterapia.

Discussão: Este trabalho alerta para a necessidade de equacionar o diagnóstico de EE em doentes adultos jovens que se apresentem com impacto alimentar. Mostra também que os aspectos endoscópicos podem ser variados justificando a realização de biópsias mesmo em mucosa de aspecto normal.

Hospital Fernando Fonseca

99**DIEULAFOY DO RECTO-CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA**

Gonçalves A., Correia L., Araújo F., Velosa J.

A lesão de Dieulafoy é caracterizada por um pequeno defeito na mucosa com inflamação mínima associado a arteriola protudente, com ou sem hemorragia activa. A maioria dos casos (>75%) surge na pequena curvatura, cárdia ou porção proximal do corpo do estômago, estando descritas pontualmente outras localizações ao longo do tubo digestivo. O Dieulafoy do recto é uma lesão rara com aproximadamente 20 casos descritos na literatura.

Apresentamos o caso de um homem de 90 anos, caucasiano, com HTA e cardiopatia isquémica, internado por hematoquezias abundantes, anemia aguda de 6 g/dl e repercussão hemodinâmica grave. A primeira colonoscopia identificou múltiplos divertículos do cólon esquerdo sem sinais de hemorragia. Por recidiva hemorrágica significativa procedeu-se a nova colonoscopia que mostrou aos 20 cm pequeno polipo pediculado 82cm que se removeu. Por nova recidiva realizou-se novo exame endoscópico identificando-se lesão do tipo de Dieulafoy localizada no recto, a 2 cm da margem do ânus. Procedeu-se a terapêutica hemostática com injeção de adrenalina milesimal e electrocoagulação com BICAP, não se voltando a registar recidiva hemorrágica.

O caso ilustra a dificuldade de identificação deste tipo de lesão durante a colonoscopia na presença de sangue luminal, bem como a necessidade de incluir a lesão de Dieulafoy no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva baixa significativa, principalmente nos doentes em que uma primeira colonoscopia não definiu o local de hemorragia.

Serviço de Gastroenterologia, CHLN-Hospital Santa Maria

100**EFEITOS ADVERSOS NA ADMINISTRAÇÃO DE INFLIXIMAB - ESTUDO DE 1271 INFUSÕES EM 88 DOENTES.**

Nogueira P., Travassos S., Oliveira R., Silva M., Gonzalez P., Roque D., Carvalho C.

Objectivos: Avaliar os efeitos adversos ocorridos durante a infusão de infliximab no tratamento da Doença Intestinal Inflamatória.

Material e Métodos: Estudo observacional de retrospectivo de 88 doentes com DII tratados com infliximab entre Fevereiro de 2000 e Março de 2009. São 49 doentes do sexo feminino com uma média de idades de 37,52 (18-76) anos. Definiu-se como efeitos adversos ligeiros (cefaleia, flushing, diaforese, tonturas, prurido, náusea); efeitos adversos moderados (hipertermia, urticária, palpitações, dor torácica, hipo ou hipertensão, vômitos e dispneia) e como efeitos adversos graves dispneia com pieira, estridor, mialgias, artralgias, edema da face, lábios ou das extremidades).

Resultados: Foram efectuadas no total 1271 infusões, na dose de 5mg/Kg (com média 14,4, mediana 9,5 infusões por doente).

O tratamento da doença seguiu um esquema de indução de 0, 2 e 6 semanas e posteriormente 8/ 8 semanas.

Foram tratados 73 doentes com DC, e 14 com CU e 1 com Colite indeterminada.

As indicações para terapêutica com infliximab foram:

- DII Corticoreistente (n=16)
- DII Corticodependente (n=42)
- DII Imunossuppressores (n=71)

Ocorreram 49 efeitos adversos dos quais 6 graves, levando á suspensão da terapêutica.

Todos os eventos adversos ligeiros, moderados foram tratados com sucesso, de acordo com protocolo, não havendo necessidade de manobras de reanimação.

Conclusão: A terapêutica com infliximab foi segura no tratamento da DII. A ocorrência de efeitos adversos, apesar de pouco frequentes mas potencialmente graves durante a infusão torna necessária a vigilância rigorosa do Enfermeiro.

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE,
Hospital de Dia Polivalente

101

TERAPÊUTICA DE MANUTENÇÃO COM INFLIXIMAB NA COLITE ULCEROSA – AVALIAÇÃO DA RESPOSTA APOS 1 ANO DE TERAPÊUTICA

Ramos G., Ramos J., Sousa M.J., Valente T., David Marques A., Barreiras J.

Introdução: O Infiximab [IFX] encontra-se aprovado para a indução e manutenção da resposta na colite ulcerosa [CU] moderada a grave com resposta inadequada à terapêutica convencional. No entanto, os dados relativos à sua eficácia a longo prazo são limitados.

Objectivo: Avaliar resposta à terapêutica de manutenção com IFX.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos dos doentes com CU que iniciaram programa de manutenção com IFX. Utilizou-se o Mayo Score [MS] para a avaliação da actividade.

Resultados: De Junho/2003 a Março/2008 entraram em programa de manutenção com IFX 11 doentes (7 homens e 4 mulheres), idade média 51,3 anos (29-71), 6 (55%) com colite esquerda e 5 (45%) pancolite, doença moderada em 6 (55%) e grave em 5 (45%) – MS médio de 10,1. Efectuaram-se 132 infusões (mediana 10; 3-32), tempo médio de tratamento de 79 semanas (6-240).

A taxa de resposta (e remissão) à 14ª semana foi de 73% (55%), à 30ª de 73% (36%) e à 54ª de 45% (27%). Quatro doentes (37%) mantêm actualmente resposta livre de corticóides (18% em remissão).

Quatro doentes (37%) perderam resposta após média de 50 semanas. Um doente não respondeu ao IFX. Três doentes (27%), em fase de resposta, interromperam IFX devido a complicação grave.

Em 6 doentes (55%) foi possível parar corticoterapia. Apenas 1 doente (9%) foi operado. Ocorreram 11 efeitos adversos em 6 doentes (55%). Em 3 doentes (27%) foi necessário reduzir o intervalo de administração de IFX.

Comentários: Os dados apresentados sugerem uma diminuição gradual da resposta ao IFX. No entanto, apenas um doente foi colectomizado e mais de metade interrompeu a corticoterapia. Em 55% ocorreram complicações que obrigaram a suspender o tratamento, definitiva ou transitoriamente.

São necessários estudos prospectivos para identificar momento de início da terapêutica com IFX na CU e avaliar a sua eficácia e segurança.

Serviço de Gastroenterologia - Hospital de Santo António dos Capuchos
Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.

102

HEMORRAGIA DIGESTIVA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE HOSPITALIZADO

Catarina Rodrigues, Marinela Major, Ricardo Gorjão, João de Deus

A infecção do tracto gastrointestinal por Citomegalovirus (CMV) é relativamente frequente em indivíduos imunocomprometidos, especialmente em doentes HIV positivos e receptores de transplantes, porém é rara em indivíduos imunocompetentes, sendo necessário nessas circunstâncias um elevado grau de suspeição para o diagnóstico deste tipo inesperado de infecção. É também importante reconhecermos que os indivíduos (inicialmente) imunocompetentes, particularmente em contexto hospitalar, podem desenvolver um compromisso da resposta imune, quer por doença aguda, quer por imunossupressão iatrogénica no tratamento da doença aguda; em particular o compromisso da resposta das células T pode levar à reactivação do CMV em doentes com infecção latente, com possível atingimento gastrointestinal.

Os autores apresentam um caso de uma mulher de 78 anos, de etnia cigana, admitida numa enfermaria de Medicina Interna por uma Infecção Respiratória Baixa e Desidratação Grave, com Insuficiência Renal Aguda associada; ao fim de 15 dias de internamento a doente iniciou subitamente um quadro de dor abdominal e hemorragia digestiva na forma de hematoquésias, com repercussão hemodinâmica, inicialmente interpretado no contexto de uma Colite Isquémica envolvendo o cego e o cólon ascendente, por sugestão clínica e dos achados endoscópicos (múltiplas ulcerações de todo o cólon ascendente e cego), não confirmada ou excluída por Tomografia Computorizada realizada sem contraste endovenoso (espessamento parietal na topografia do cego). Os achados histológicos sugeriram tratar-se de uma Colite por CMV, com confirmação posterior por imunohistoquímica. Institui-se terapêutica adequada com Ganciclovir, com evolução clínica favorável. A reactivação do CMV ocorreu provavelmente na sequência da corticoterapia incluída no tratamento da infecção respiratória.

Enfatizamos as várias características desta patologia e alertamos para o risco do não reconhecimento atempado desta causa pouco usual de sintomas GI.

Hospital Fernando Fonseca

103**COMPLICAÇÃO DE DOENÇA CROHN:SIMULANDO COMPLICAÇÃO CONGÊNITA RARA**

Ferreira F., Bastos P., Azevedo F., Monteiro F., Saraiva C., Guimarães M., Pereira P., Costa-Santos C.

Introdução: A doença de Crohn é um desafio para o Gastroenterologista atendendo à ampla variedade das suas manifestações clínicas. Neste caso clínico descreve-se uma complicação frequente da doença de Crohn, com forma de apresentação invulgar simulando a persistência de um remanescente do úraco. **Caso clínico:** Doente do sexo masculino, de 27 anos de idade, com doença de Crohn com atingimento ileo-cólico diagnosticada há dois anos e medicado habitualmente com messalazina. Por agudização inicia corticoterapia. No decurso do tratamento é internado por agravamento da dor abdominal na região hipogástrica. No estudo inicial a ecografia abdomino-pélvica revela espessamento do ileon terminal. No trânsito contrastado do intestino delgado por ingestão, visualizaram-se duas estenoses com cerca 1,5 e 5,2 cm ao nível da última ansa ileal, não se visualizando nenhuma fistula ou outra complicação. A endoscopia revelou ileon terminal sub-estenosado com alguns pseudopólipos e cólon sigmóide com áreas de eritema e pseudopólipos. Por intolerância à azatioprina e falha da resposta aos corticóides, iniciou terapêutica com infliximab. Dois dias após a primeira toma, verificou-se agravamento das queixas algicas e o aparecimento de massa palpável no hipogastro, ecograficamente caracterizada como massa heterogênea na região supra-vesical. A tomografia computadorizada dessa região revelou lesãoquistica medindo cerca de 8x4x2 cm, com características sugestivas de lesão neoformativa ou malformativa do úraco. Realizou cistoscopia que demonstrou abaulamento na parede posterior na bexiga com duas lesões eritematosas cujo exame anatomopatológico mostrou alterações reactivas inespecíficas. Foi submetido a cirurgia com exérese da massa. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou aglomerado de ansas intestinais, com trajecto fistuloso ileo-cólico, não se observando nenhuma lesão neoformativa ou malformativa do úraco. **Conclusão:** Este caso clínico salienta a dificuldade diagnóstica na doença de Crohn; mesmo com os avanços tecnológicos dos exames imagiológicos. Algumas complicações, como as fistulas, são difíceis de diagnosticar, podendo simular outras entidades patológicas

Hospital S. João

104**DOENÇA DE WHIPPLE: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 10 ANOS**

Ferreira F., Cardoso H., Azevedo F., Abreu P., Barbosa I., Cunha A., Costa-Santos C.

A doença de Whipple é uma doença rara, multissistémica, de etiologia bacteriana e com uma notável variabilidade das suas manifestações clínicas. **Objectivos:** Análise retrospectiva de uma série de doentes com doença de Whipple. **Material e métodos:** revisão das biópsias duodenais dos casos confirmados de doença de Whipple diagnosticados no nosso hospital entre 1998 e 2008. **Resultados:** Descrevem-se 6 casos (2 mulheres e 4 homens) com idade média de 51 anos. Em cinco doentes a sintomatologia inicial foi artralgias, emagrecimento, dor abdominal, diarreia crónica e anorexia. Num destes casos o doente apresentava também ascite e hepatomegalia, que são manifestações raras da doença Whipple. Dois doentes apresentaram-se com hemorragia digestiva alta. Salienta-se ainda dois casos com atingimento neurológico, incluindo alterações cognitivas, miórritmias oculomastigatórias e miórritmias esqueléticas, num dos quais essa era a única manifestação clínica. O tempo médio até ao diagnóstico foi de 30 meses. O diagnóstico foi confirmado em todos os doentes por biópsia duodenal. No entanto num dos casos, o diagnóstico inicial foi efectuado por biópsia excisional dos gânglios do mesentério, confirmado por microscopia electrónica que permitiu a identificação *Tropheryma Whippelii*. O tratamento foi na maioria (n=5) ceftriaxone durante 15 dias, seguido de cotrimoxazol durante pelo menos um ano. Um doente foi tratado inicialmente com tetraciclina. No seguimento efectuado não se verificou recorrência de sintomas em nenhum dos casos, foram revistas 17 biópsias duodenais dos 6 doentes; e apesar de assintomáticos apenas um caso se observou regressão das características histológicas e histoquímicas da doença. Um doente faleceu por causa não relacionada com doença Whipple. **Conclusões:** Esta casuística salienta a variabilidade e inespecificidade clínica desta doença, levando a um longo período de evolução até ao seu diagnóstico etiológico. É portanto necessário um elevado nível de suspeição para um diagnóstico precoce.

Hospital S. João – Porto

105

COMPLICAÇÃO INTESTINAL RARA NA ARTERITE DE TAKAYASU

Barreiro P., Chagas C., Bispo M., Bana T., Gouveia R., Gonçalves M., Negrão A., Matos L.

A arterite de Takayasu é uma vasculite granulomatosa rara, de etiologia desconhecida, que afecta predominantemente a aorta e os seus ramos principais. A colite isquémica é uma complicação rara, contudo descrita em casos isolados nesta entidade.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 28 anos, natural de Guiné-Bissau, com o diagnóstico de arterite de Takayasu há 7 anos, complicada com insuficiência renal terminal e sob hemodiálise há 6 anos por atingimento das artérias renais. A doente inicia quadro de dor abdominal intensa e hematoquezias em quantidade moderada, persistentes, e com repercussão hemodinâmica. Na avaliação inicial apresentava anemia grave (Hb- 6g/dL) e elevação dos parâmetros inflamatórios. A colonoscopia com ileoscopia revelou mucosa do cego e cólon ascendente edemaciada e hiperemiada, com presença de ulcerações profundas e coágulos aderentes volumosos. Foram efectuadas biópsias que mostraram aspectos compatíveis com colite isquémica. A doente foi submetida a angio-TC que revelou dilatações aneurismáticas e estenoses focais da aorta e seus ramos principais, com diminuição do calibre dos vasos mesentéricos associado a espessamento circunferencial da parede dos mesmos. O quadro clínico foi compatível com vasculite em fase activa iniciando-se terapêutica imunossupressora com micofenolato de mofetil e prednisolona. Observou-se evolução clínica favorável com redução progressiva e posterior cessação das hematoquezias, estabilização da hemoglobina e descida dos parâmetros inflamatórios. Apresenta-se iconografia referente ao caso.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

106

TUMORES DO INTESTINO DELGADO – DIAGNÓSTICO NÃO TÃO RARO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Gonçalves A., Costa-Macedo T., Velosa J.

Introdução: O diagnóstico dos tumores do intestino delgado ainda constitui um desafio quer pela sua raridade, estimando-se a prevalência na maioria das séries de 1,2%- 2,4%), quer pela dificuldade diagnóstica inerente à completa observação do intestino delgado. A cápsula endoscópica (CE) assume cada vez mais um papel preponderante nesta área, permitindo uma abordagem diagnóstica não invasiva. Objectivos: avaliar a prevalência e as características dos tumores do intestino delgado diagnosticados por CE num hospital terciário.

Métodos: revisão retrospectiva dos tumores do intestino delgado diagnosticados por cápsula endoscópica num período de 4 anos (2004-2008).

Resultados: dos 231 doentes submetidos a VCE, 17 (7%) apresentavam tumores do intestino delgado. Idade média de 57 anos; M/F= 11/7. As indicações para VCE no grupo com diagnóstico positivo foram: **anemia ferropénica 58%** (n=9), **melenas 29%** (n=5), suspeita de TNE 16% (n=2), doença celíaca complicada 6% (n=1). Apenas 1 doente apresentava exame radiológico prévio sugestivo de tumor do delgado. **65%** dos tumores eram **malignos**. Os tipos histológicos identificados foram: adenocarcinoma 4; linfoma 3; GIST 3; TNE 2; metástase tumor do pulmão 1; metástase de melanoma 1; desconhecido 3.

A maioria localizava-se no jejuno (85%), apresentado-se de variadas formas (úlceras, estenoses, lesões infiltrativas, lesões submucosas). 1 doente faleceu por causa directa relacionada com tumor antes de intervenção cirúrgica, tendo os restantes 16 sido submetidos a cirurgia com intenção curativa.

Conclusão: os tumores do delgado são raros. No nosso centro a utilização da CE tem revelado prevalências destes tumores superiores ao esperado. A principal forma de apresentação é a hemorragia digestiva oculta e o diagnóstico por CE teve impacto na abordagem terapêutica da maioria dos doentes.

Serviço de Gastroenterologia, CHLN-Hospital de Santa Maria

107**OCCLUSÃO INTESTINAL POR MIGRAÇÃO DE FITOBEZOAR DE ORIGEM GÁSTRICA**

Ferreira A, Rolanda C, Pereira P, Martins S, Soares J, Macedo G

GGs, sexo masculino, 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, asma brônquica e hérnia inguinal direita; medicado habitualmente com perindopril / indapamida, sucralfato, pantoprazol e budesonido / formoterol, recorreu ao serviço de urgência por vômitos de conteúdo biliar, durante 4 dias e desconforto epigástrico com diminuição na frequência de emissão de gases e fezes. Ao exame objectivo apresentava dor moderada e difusa à palpação abdominal, com distensão acentuada e sinais de desidratação muco-cutânea. O doente apresentou uma endoscopia digestiva alta realizada há 2 meses que mostrava úlcera do antro e fito bezoar com 6 cm de maior diâmetro localizado no corpo gástrico, sem estenose pilórica.

Analicamente apresentava insuficiência renal (creatinina 3,5 mg/dl, ureia 123 mg/dl), hiponatremia (129 mEq/L), elevação da proteína C reactiva (70,30 mg/L), com sinais de hemoconcentração (hemoglobina 18,5 g/dl, leucócitos 17.300/uL). Foi efectuada radiografia abdominal simples em pé que demonstrou distensão gasosa e níveis hidro-aéreos no intestino delgado.

Foi efectuada endoscopia digestiva alta que demonstrou abundante conteúdo de estase em toda a extensão observada e lúmen dilatado até à 3ª porção duodenal sem se visualizar fito bezoar descrito anteriormente.

O doente foi proposto para cirurgia sendo efectuada enterotomia com excisão de fito bezoar de forma esférica localizado no jejuno, a cerca de 60 cm do ângulo de Treitz e hernioplastia inguinal direita, sem que se visualizassem alterações no segmento obstruído. O internamento decorreu sem complicações tendo alta clínica após 3 dias.

Os bezoares são corpos estranhos que aumentam de tamanho por agregação e podem ter vários constituintes diferentes (tricobezoares, fitobezoares, lactobezoares) estando associados a situações de hipocloridria, estenoses, cirurgia gástrica, patologia psiquiátrica/demencial ou alterações da motilidade digestiva; situações que não se verificaram no caso descrito.

Serviço Gastroenterologia, Hospital São Marcos, Braga

108**SUCESSO TERAPÊUTICO EM HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA COMPLICADA DE CHOQUE EM TESTEMUNHA DE JEOVA**

Bispo M, Santos M, Ribeiro R, Santos E, Seves I, Pisco M, Mello e Silva A, Matos L.

A hemorragia digestiva grave em Testemunhas de Jeová constitui um desafio, em que princípios deontológicos e ético-jurídicos se sobrepõem à necessidade de uma abordagem terapêutica rápida e eficaz. Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 74 anos, Testemunha de Jeová, com recusa oficializada judicialmente em receber hemoderivados, medicada em ambulatório com aspirina em baixa dose e diclofenac, internada por hemorragia digestiva de causa obscura, visível (com melenas) e anemia aguda grave. O período inicial de internamento foi complicado de perdas hemáticas abundantes e choque, sem fonte de hemorragia identificada na endoscopia digestiva alta e na colonoscopia. O valor mínimo de hemoglobina atingido foi de 3,5g/dl, sob terapêutica com ferro endovenoso e eritropoietina. Optou-se pela realização de angiografia de urgência, que evidenciou extravasamento de contraste em ramos jejunais da artéria mesentérica superior, tendo-se procedido a embolização selectiva com partículas de gelfoam, sem intercorrências. A evolução pós-embolização foi favorável, com estabilização clínica e elevação progressiva dos valores de hemoglobina. Foi realizada enteroscopia por videocápsula, que revelou algumas angiectasias dispersas no jejuno, incluindo uma maior na transição jejuno-ileal, embora "esbatida" com mucosa circundante pálida (por eventual status pós-embolização). Apresenta-se iconografia demonstrativa do procedimento de angiografia (com imagens pré e pós-embolização) e os achados endoscópicos.

S. Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

109

DOENÇA INTESTINAL INFLAMATÓRIA – PERFIL DE SEGURANÇA DO TRATAMENTO COM INFLIXIMAB.

Ramos J, Valente T, Santos L, Sousa MI, Saiote J, Ramos G, Marques AD, Barreiras J.

Introdução: O uso do Infliximab [IFX] representa um grande avanço no tratamento da doença intestinal inflamatória (DII), mas está associado a largo espectro de eventos adversos (EA) que poderão levar à sua interrupção.

Objectivo: Avaliar a segurança do tratamento (Trt) da DII com IFX. **Material e Métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo dos registos clínicos dos doentes com DII tratados com IFX. Analisaram-se: parâmetros demográficos e clínicos; ocorrência de EA e sua relação com o tipo de Trt à inclusão e a administração de hidrocortisona antes das infusões. Foram utilizados os testes estatísticos adequados para as variáveis em análise. **Resultados:** De Fevereiro/2000 a Março/2009 foram tratados 88 doentes: 49 mulheres; idade média 37,52 (18-76) anos; doença de Crohn (DC) 73; colite ulcerosa (CU) 14; colite indeterminada 1; doença corticorresistente 16; doença corticodependente 42; medicados com imunossuppressores 71. Foram efectuadas 1271 administrações de IFX (média por doente -14,4; mediana 9,5). Em 30 doentes ocorreram reacções de hipersensibilidade/anafilactóides, 59 agudas e 2 retardadas; em 51 doentes, 36 eventos infecciosos, 21 dermatológicos, 2 neurológicos, 1 auto – imune e 8 de outros tipos. Interrompeu-se o tratamento por reacção grave à infusão em 6 (aguda -4; retardada -2); em 3 por colite a citomegalovírus (+ pneumonia a *Pneumocystis jirovecii*-1); 1 por toxicodermia; 1 por reacção *Lúpus-Like*; 1 por ataxia e lesões desmielizantes do SNC. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (DES) no número médio de EA entre grupos de doentes: tratados com hidrocortisona prévia à infusão versus não tratados; tratados e não tratados com imunossuppressores; com doença corticorresistente, corticodependente e não tratada com corticosteróides. Houve DES no nível médio de ocorrências de eventos cutâneos, ocorrendo na DC em níveis superiores relativamente à CU. **Comentários:** Apesar da amostra ser pequena, o tratamento com IFX exibiu um bom perfil de segurança no tratamento da DII.

Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.
Hospital de Santo António dos Capuchos
Serviço de Gastroenterologia

110

CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO COM NEOPLASIA CÓLICA PROXIMAL AO ÂNGULO ESPLÊNICO

Pinto J, Tente D, Proença L, Leite S, Afonso M, Veloso R, Pinho R, Carvalho J, Fraga J.

O adenocarcinoma cólico é uma patologia prevalente no mundo ocidental, que condiciona elevada mortalidade e dados recentes apontam para um aumento da incidência da neoplasia proximal.

Objectivo: Caracterizar uma população de doentes com adenocarcinomas cólicos proximais ao ângulo esplênico.

Métodos: Revisão de todas as colonoscopias (n=892), realizadas entre 2002 e 2007, com diagnóstico de neoplasia do cólon. Identificados 276 doentes com neoplasias proximais ao ângulo esplênico. Excluídos da análise os doentes com neoplasia proximal ao ângulo esplênico e com história prévia de polipectomia (n=62) ou cirurgia cólica (n=41). Analisados 173 doentes com neoplasias cólicas proximais ao ângulo esplênico dos quais foram excluídos: 15 doentes por falta de dados; 9 doentes com outras neoplasias cólicas malignas; 18 doentes submetidos a cirurgia por neoplasias benignas. A população do estudo envolveu assim 131 adenocarcinomas cólicos confirmados por biópsia ou peça histológica.

Caracterização da população: idade média dos doentes de 71,6 anos; 51,9% dos doentes do sexo masculino; 40% dos doentes apresentavam pelo menos um pólo distal ao ângulo esplênico; 8 doentes apresentavam neoplasia sincrona no cólon esquerdo, representando 6,1% da população, dos quais 5 doentes com neoplasia invasora. Relativamente às características das neoplasias observou-se que 56,9% dos adenocarcinomas eram bem ou moderadamente diferenciados, 68,9% dos quais com invasão pT3 (Classificação TNM) e 54,5% sem invasão ganglionar.

Conclusões: 1) Os adenocarcinomas cólicos proximais ao ângulo esplênico representaram entre 29,2% do total de adenocarcinomas. 2) Nesta população, cerca de 40% apresentou pelo menos 1 lesão satélite à esquerda. 3) A maioria das neoplasias encontradas nessa localização são bem ou moderadamente diferenciados, com invasão local moderada e mais de metade não apresenta invasão vascular.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

111**VARIZES CÓLICAS IDIOPÁTICAS: UM CASO RARO**

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

Os autores relatam o caso de doente do sexo masculino, 30 anos de idade, referenciado à consulta de Gastroenterologia por cólicas abdominais e suspeita de varizes rectais em RSC de ambulatório.

Antecedentes de laparotomia por apendicite aguda evoluída (ressecção do cego). Sem outros antecedentes pessoais relevantes. Sem história de doença hepática. Na nossa consulta foi realizada Videocolonosopia Total – este exame revelou a presença de alguns cordões varicosos, volumosos, desde a margem anal até ao cólon ascendente.

Para estudo complementar foi efectuada angio-TAC abdominal que não revelou alterações da circulação venosa ou arterial. Ecografia abdominal sem alterações. Neste contexto efectuou-se o diagnóstico de variz cólica idiopática.

Salienta-se a raridade deste diagnóstico e associa-se documentação iconográfica expressiva.

Hospital de S. Teotónio - Viseu

112**ECOENDOSCOPIA RADIAL: APLICABILIDADE CLÍNICA**

Lopes S*, Soares JB*, Gomes A**, Macedo G*.

Introdução: Nas últimas décadas a ecoendoscopia tem conquistado o seu lugar no diagnóstico e tratamento de múltiplas lesões do tubo digestivo, incluindo lesões pancreáticas, tumores submucosos e neoplasias gastrointestinais. A evolução para uma abordagem multidisciplinar das neoplasias, colocou a ecoendoscopia num lugar privilegiado e de destaque na sua abordagem inicial de diagnóstico e estadiamento. **Objectivo:** rever a experiência inicial em ecoendoscopia e avaliar o seu potencial no manuseamento clínico. **Métodos:** Revisão dos dados de doentes submetidos a ecoendoscopia radial, utilizando o ecoendoscópio radial electrónico GF UE 160 da Olympus, nos 20 meses iniciais. Foram avaliadas as indicações, diagnósticos obtidos, segurança e acuidade no estadiamento de neoplasias. **Resultados:** Foram revistos os dados referentes a 157 doentes consecutivos (homens:mulheres =96:61), com idade média de 62 anos (25-87). Todos os exames foram efectuados sob sedação com midazolam e petidina. A referenciação foi maioritariamente da cirurgia (70%) para estadiamento de neoplasias gástricas (31%), esofágicas (11%) ou do cardia (10%). Para além desta indicação, foi também habitual o recurso a esta técnica para esclarecimento de lesões subepiteliais do tubo digestivo superior (34%). Casos esporádicos consistiram em esclarecimento de lesões pancreáticas detectadas noutros métodos de imagem.

A acuidade do estadio T foi de 81% no T1, 75% no T2, 89% no T3 e 95% no T4. Nos doentes com neoplasia estenosante não foi efectuada dilatação prévia à realização do exame. Os diagnósticos das lesões subepiteliais foram: tumor do estroma em 38 casos, lipoma em 2 casos e pâncreas ectópico em 4 casos. Outros diagnósticos obtidos foram de cisto de duplicação esofágico, pólipos gástricos, pancreatite autoimune e pancreatite crónica. Não se observaram complicações na realização dos procedimentos. **Conclusão:** A ecoendoscopia constituiu um instrumento de grande utilidade e segurança para a orientação multidisciplinar própria das situações oncológicas digestivas.

*Serviço de Gastroenterologia e **Serviço de Cirurgia do Hospital de São Marcos, Braga.

113

FALSA NEOPLASIA DO RECTO – UM CASO CLÍNICO

Silva R., Fidalgo P., Mestre C., Chaves P., Nobre Leitão C..

A Schistosomíase, Bilharzia ou “Febre dos Caracóis” é uma infecção causada pelo trematode do género *Schistosoma*. Cerca de 200 milhões de pessoas encontram-se afectadas em todo o mundo, a maioria em África, na América do Sul, Caraíbas, Ásia e no Médio Oriente. É mais frequente em crianças e adolescentes, apresentando uma taxa de mortalidade de 0.7 a 1.3 milhões/ano.

A doença apresenta-se na forma aguda (dermite das cercárias e febre de Katayama) e na forma crónica, com envolvimento renal, vesical, intestinal (podendo mimetizar uma DII), hepático ou neurológico.

Os métodos de diagnóstico incluem urocultura, coprocultura, serologias/PCR (para confirmação diagnóstica), ecografia abdominal, ecocardiograma, TAC ou RMN crânio-encefálica, colonoscopia, cistoscopia, biópsia hepática e endoscopia digestiva alta (para pesquisa de varizes esofágicas, nos casos com envolvimento hepático).

O tratamento é feito com praziquantel, que cura em 60 a 98% dos casos, sendo raras as resistências.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 34 anos, de raça negra, natural e residente em São Tomé e Príncipe, enviada à consulta de Gastroenterologia por um quadro de diarreia, rectorragias, tenesmo e emagrecimento de 15 Kg, com cerca de 1 ano de evolução. Trazia consigo uma sigmoidoscopia feita em São Tomé que referia uma massa aos 15 cm da margem anal, suspeita de tratar-se de uma neoplasia.

Análiticamente apresentava anemia ferropénica com hemoglobina 10.7 g/dL (restantes parâmetros analíticos avaliados normais), serologias virais negativas e coproculturas negativas. Repetiu sigmoidoscopia onde se observou uma mucosa rectal de aspecto congestivo, friável e com ulcerações. As biópsias efectuadas mostraram ovos de *Schistosoma* incluídos na mucosa rectal. Foi medicada com praziquantel, com remissão do quadro.

Serviço de Gastroenterologia do IPOLFG EPE
Serviço de Anatomia Patológica do IPOLFG EPE

114

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: VALIDAÇÃO DE ESCALAS DE ESTRATIFICAÇÃO E DE PROGNÓSTICO

Afonso M, Veloso R, Leite S, Pinto J, Freitas T, Carvalho J, Fraga J

INTRODUÇÃO: A hemorragia digestiva alta é uma causa frequente de admissão hospitalar. A estratificação precoce dos doentes em categorias de alto e baixo risco, com base em critérios clínicos e endoscópicos é um auxiliar importante da decisão clínica. **OBJECTIVOS:** Validação local das escalas de estratificação Blatchford, BLEED e Rockall pré e pós-endoscópico. **MÉTODOS:** Análise retrospectiva de doentes admitidos consecutivamente por hemorragia digestiva alta entre Janeiro de 2008 e Janeiro de 2009. Foram avaliadas 28 variáveis clínicas, endoscópicas e analíticas que serviram como base para cálculo das escalas de prognóstico que se pretendiam validar. Análise estatística: Teste-T e χ^2 . **RESULTADOS:** foram analisados 199 doentes (71 do sexo feminino), com idade média de $67,1 \pm 17,8$ anos. Os diagnósticos mais frequentes foram: Úlcera Péptica (35,2%), Varizes Esofágicas (13%) e sem lesões (12,6%). Verificou-se associação entre as escalas de Blatchford, Rockall pré-endoscópico, Rockall pós-endoscópico e BLEED para vários parâmetros: 1- necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário ($p < 0,001$, $p = 0,02$, $p < 0,001$ e $p = 0,12$); 2- necessidade de terapêutica endoscópica ($p < 0,001$, $p = 0,7$, $p < 0,001$ e $p = 0,04$); 3- recidiva hemorrágica nos 30 dias seguintes ($p = 0,02$, $p = 0,005$, $p = 0,001$ e $p = 0,1$); 4- necessidade de cirurgia ($p = 0,02$, $p = 0,3$, $p = 0,1$ e $p = 0,4$); 5- mortalidade ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ e $p = 0,03$). **CONCLUSÕES:** Nos doentes admitidos no nosso Hospital por hemorragia digestiva alta, as escalas de prognóstico Blatchford, Rockall pré e pós-endoscópico e BLEED mostraram-se válidas.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

115**A EXPERIÊNCIA NO ESTADIAMENTO ECOENDOSCÓPICO DO CARCINOMA DO RECTO**

Pimentel R., Castro-Poças F., Lago P., Vieira A.M., Moreira T., Pinto R., Areias J.

Objetivos: Caracterização dos achados ecoendoscópicos no estadiamento de carcinomas do recto.

Material e métodos: Revistas 430 ecoendoscopias, realizadas num período de 9 anos (Janeiro de 2000 a Janeiro de 2009), por estadiamento de carcinoma do recto. Incluídos doentes com diagnóstico histológico de adenocarcinoma, localizado até 15 cm da margem anal. Registaram-se dados epidemiológicos, localização, extensão circunferencial na parede, estadio T e N (classificação TNM). Quantificados os tumores estenosantes (intransponíveis por ecoendoscópio) e estadiamentos incompletos (tumores intransponíveis por ecoendoscópio e mini-sonda).

Resultados: 430 doentes incluídos, 63% (270) sexo masculino. Idade média 65 ± 11.4. Localizações: recto distal 19.1%, médio 23.5%, proximal 25.6% e 32% dos tumores abrangiam mais de um segmento. Extensão circunferencial: <1/3 11.9%, ≥1/3 a <1/2 – 34.2%, ≥1/2 a <2/3 - 23.3%, ≥2/3 a <1 - 13.3%, circunferenciais 17.4%. Estadio T: T4 6.5%, T3 45.3%, T2 16.3%, T1 26.3%, T1/T2 0.5%, T2/T3 3.5%, T3/T4 1.4%. Estadio N: N0 62.8%, N1 31.2%, N2 1.9% e Nx 1.2%. 11.6% (50) das lesões eram estenosantes, nestas em 92% (46) utilizou-se mini-sonda, tendo sido possível o estadiamento em 64% (32). Observada uma tendência crescente no número de exames/ano.

Conclusões: A maioria dos cancros apresenta um estádio T avançado e sem envolvimento ganglionar. É frequente a localização em mais de um segmento do recto. A mini-sonda é um complemento importante à ecoendoscopia convencional no estadiamento dos carcinomas do recto.

Sector de Ultra-sons, Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santo António, Porto

116**PREDIÇÃO DE VARIZES ESOFÁGICAS EM DOENTES COM HEPATITE CRÓNICA VÍRICA: VALIDAÇÃO DE MÉTODO NÃO INVASIVO.**

Veloso R, Leite S, Pinto J, Afonso M, Silva AP, Carvalho J, Fraga J

RESUMO: INTRODUÇÃO: Gentile et al propuseram um método não invasivo predizentes de varizes esofágicas em doentes com hepatites víricas crónicas, baseado em parâmetros clínicos e analíticos: idade > 50 anos, plaquetas < 150.000/uL e rácio TGO/TGP > 1 onde apenas 3,2% dos doentes com pontuação <2 tinham varizes esofágicas. **OBJECTIVOS:** Validação deste método nos nossos doentes. **MÉTODOS:** Estudo de 74 doentes com hepatite vírica crónica que efectuaram Endoscopia Digestiva Alta de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2008. Para a análise estatística foi utilizado o χ^2 . **RESULTADOS:** Homens: 68,9%; idade mediana: 55 anos; etiologia: 73% hepatite C crónica, 23% hepatite B crónica, 4% co-infecção VHB+VHC. Confirmou-se associação entre a presença de varizes esofágicas e a escala em estudo ($p=0,02$), com sensibilidade 26,9%, especificidade 64,6%, valor preditivo positivo 26,9%, valor preditivo negativo 81,2% e acuidade: 67,6%. Nenhum doente com pontuação=0 apresentava varizes esofágicas. **CONCLUSÃO:** 1- O estudo sugere a validade do método na exclusão de varizes esofágicas nos nossos doentes com hepatite crónica vírica. 2- Verificou-se menor especificidade que no estudo original realçando a necessidade de validação local de scores antes da sua aplicação clínica.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

117

I DOENTE: 4 NEOPLASIAS

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

Os autores relatam o caso de doente do sexo masculino, 74 anos de idade, referenciado à consulta de gastroenterologia, em 06/2004, por pólipos esofágicos. Referia queixas dispépticas inespecíficas. Antecedentes de HTA e alcoolismo. Antecedentes familiares irrelevantes. Efectuada EDA, observou-se formação polipóide, pedículo curto, de 20 mm de diâmetro no esófago superior (20 cm dos incisivos) e identificou-se área irregular no esófago médio (25 a 28 cm dos incisivos). Realizada excisão parcial do pólipo (leiomiossarcoma) e biópsias da área irregular (displasia de alto grau/CA in situ). Após estudo complementar adequado (TAC e Eco-EDA) e considerando o risco cirúrgico do doente, efectuou-se ressecção por mucosectomia de ambas as lesões. Como complicação, apenas estenose relativa com alguns episódios de impactação. Em 02/2006 - quadro clínico de ventre agudo motivou laparotomia exploradora, verificando-se peritonite fecal devido a ruptura diastática do cego por oclusão neoplásica a nível da flexura esplénica (pT3N0Mx – Dukes B). Foi efectuada colectomia subtotal com ileostomia e fistula mucosa sigmoideia. Restabelecimento posterior do trânsito, sem doença residual aparente. Em 11/2008 – controle endoscópico revelou área irregular, elevada, com cerca de 12mm, no esófago superior, logo abaixo do EES (17 cm dos incisivos). Histologia: carcinoma epidermóide. Foi efectuada mucosectomia, sem complicações. Realça-se a inusitada associação de neoplasias e a iconografia recolhida.

Hospital de S. Teotónio - Viseu

118

NÓDULO PULMONAR: UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO RARA DA DOENÇA DE WHIPPLE

Veloso R., Leite S., Afonso M., Pinto J., Amaral I., Silva AP, Carvalho J, Fraga J

INTRODUÇÃO: A Doença de Whipple é uma infecção crónica sistémica rara causada pela bactéria *Tropheryma whipplei*. Trata-se de uma doença potencialmente fatal e afectando múltiplos órgãos, mais frequentemente o tracto gastrointestinal. OBJECTIVOS: Apresentação de caso clínico de forma de apresentação e rara de Doença de Whipple cujo diagnóstico foi possível após realização de endoscopia digestiva alta. MÉTODOS: análise do processo clínico e revisão da literatura relevante. DESCRIÇÃO: Homem de 44 anos, fumador, apresentando-se com astenia, anorexia, perda de peso corporal (5kg em 6 meses) e diarreia. Efectuou TC torácico em Junho de 2008 que revelou massa com 3 cm no lobo inferior direito. Observado por Pneumologia Oncológica: Broncofibroscopia (BFO) normal com Lavado Bronco-alveolar (LBA) negativo para células malignas ou BK; analiticamente: anemia ferropénica e elevação da PCR (14,53 mg/dl). Efectua Endoscopia Digestiva Alta em Setembro desse ano por queixas dispépticas: duodenite inespecífica com várias áreas de hiperémia irregulares; biópsias duodenais revelaram células redondas e ovaladas com granações citoplasmáticas PAS positivas e resistentes à diastase, apoiando a hipótese diagnóstica de Doença de Whipple. Efectua nova BFO observando-se células PAS positivas no LBA. Inicia medicação com cotrimoxazol com reversão completa do quadro clínico e involução do nódulo pulmonar relatado em TC inicial. CONCLUSÕES: Caso clínico de apresentação extremamente rara de Doença de Whipple, apenas com 1 caso descrito na literatura revista, com reversão completa do quadro clínico, analítico e imagiológico após terapêutica antibiótica apropriada.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

119

TRATAMENTO DA FISSURA ANAL COM POMADA RECTAL DE NITROGLICERINA 0,4% (RECTOGESIC®): EXPERIÊNCIA INICIAL COM 40 DOENTES

Veloso R, Rodrigues A, Silva AP, Carvalho J, Fraga J

INTRODUÇÃO: A fissura anal é uma doença comum, mas a sua verdadeira incidência é desconhecida. O algoritmo de tratamento clássico para esta entidade alterou-se após a introdução dos nitratos tópicos. **OBJECTIVOS:** Avaliar resultados terapêuticos do tratamento tópico com pomada de nitroglicerina 0,4% recentemente introduzida em Portugal. **MÉTODOS:** Revisão do tratamento da fissura anal, aguda ou crónica, em 40 doentes tratados de Abril de 2008 a Janeiro de 2009. **RESULTADOS:** Destes doentes, 23 eram do sexo feminino, a idade mediana foi 55 anos (19-76 anos) e 10 apresentavam fissura anal aguda. Os sintomas de apresentação mais frequentes foram proctalgia (67,5%) e rectorragia (27,5%). 28 doentes já haviam sido submetidos a tratamentos prévios (tratamento tópico com cicatrizantes – n= 21; esclerose com polidocanol – n=5; cirurgia – n=2). A duração mediana de tratamento foi de 8 semanas (1-8 semanas). Foram observados efeitos laterais em 62,5% dos doentes tendo 3 deles interrompido o tratamento por este motivo. Os mais frequentes foram cefaleias (50%), reacção anal local (5%), tonturas (2,5%) e hipotensão (2,5%). Nos doentes que completaram o tratamento verificou-se cura total da fissura em 21 doentes (52,5%), cicatrização parcial em 8 (20%), ausência de qualquer melhoria em 6 (15%) e agravamento em 2 (5%). A melhoria subjectiva dos sintomas verificou-se em 82,5% dos doentes. 8 doentes (20%) foram submetidos a esfinterotomia lateral interna por falência terapêutica. 5 doentes estavam medicados com anti-hipertensores e 1 com sildenafil sendo que uma das interrupções de tratamento (por hipotensão) se verificou em doente sob terapêutica com IECA. **CONCLUSÕES:** 1 - O tratamento com pomada de nitroglicerina 0,4% demonstrou ser eficaz no controlo dos sintomas (82,5%) e na cicatrização completa (52,5%). 2 - Os efeitos laterais foram frequentes, obrigando à interrupção do tratamento em 7,5% dos doentes.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

120

LINFOMA ESOFÁGICO DE PEQUENAS CÉLULAS TIPO B

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

Os autores relatam o caso de doente de 85 anos de idade, sexo masculino, enviado ao SU por disfagia total. Referia início das queixas disfágicas há alguns meses, com evolução progressiva e emagrecimento acentuado. Antecedentes de HTA e adenocarcinoma da próstata. Realizou-se EDA, observando-se aspecto irregular, vegetante da mucosa do esófago distal (25 a 40 cm dos incisivos), com envolvimento circunferencial e redução do lúmen, que no entanto se mantinha permeável ao endoscópio standard; efectuadas biópsias. A histologia revelou tratar-se de linfoma não-Hodgkin difuso de pequenas células tipo B. Apresentado o caso à oncologia médica que considerou haver indicação para quimioterapia (QT). Efectuou-se gastrostomia percutânea endoscópica para nutrição adequada e iniciou QT. Manteve, no entanto, as queixas de disfagia após alguns ciclos, pelo que se repetiu EDA, observando-se candidíase esofágica exuberante e estenose cerrada do esófago distal, intransponível, embora sem aspectos vegetantes. Pedido trânsito esofágico que revelou estenose filiforme e angulada do esófago distal com cerca de 10 cm de comprimento. A tentativa de inserção de fio guia e dilatação foi infrutífera. Apresenta-se este caso pelas dificuldades na orientação terapêutica e por se tratar de uma apresentação rara de neoplasia esofágica, salientando-se também a iconografia recolhida.

Hospital de S. Teotónio - Viseu

121

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA: A IMPORTÂNCIA DO BUN (BLOOD UREA NITROGEN) NA ESTRATIFICAÇÃO DOS DOENTES

Veloso R, Leite S, Afonso M, Pinto J, Silva AP, Carvalho J, Fraga J

INTRODUÇÃO: A hemorragia digestiva alta não varicosa é uma causa frequente de admissão ao Serviço de Urgência. O tratamento endoscópico urgente em doentes com lesões endoscópicas de alto risco é da maior importância. Há poucos estudos sobre a associação do valor do BUN com a gravidade da hemorragia, necessidade de tratamento endoscópico e suporte transfusional. **OBJECTIVOS:** Determinar se o valor do BUN se correlaciona com parâmetros de gravidade da hemorragia digestiva não varicosa, lesões endoscópicas de alto risco, mortalidade e necessidade de tratamento endoscópico. **MÉTODOS:** Análise de 158 doentes admitidos consecutivamente por hemorragia digestiva alta não varicosa entre Janeiro de 2008 e Janeiro de 2009. Considerou-se para análise da mortalidade a morte relacionada com o episódio hemorrágico num período de 30 dias (n=13; 8,1%). Para a análise estatística foi utilizado o Teste t e a análise da Curva ROC. O BUN foi calculado em mg/dl, a partir do valor da ureia sérica (mg/dl). **RESULTADOS:** O valor médio do BUN (mg/dl) foi $41,25 \pm 31,3$. 107 doentes (67,7%) apresentavam BUN elevado (>21 mg/dl). Obteve-se associação significativa entre o valor do BUN e a necessidade de terapêutica endoscópica (p<0,001), com estigmas endoscópicos de hemorragia recente (p=0,01), com a necessidade de suporte transfusional (p=0,002) e com a mortalidade (p<0,001). O BUN mostrou ser capaz de prever a mortalidade- Área sob a Curva ROC: 0,79 (p<0,001) **CONCLUSÕES:** 1- O BUN é um método simples, de fácil acesso que deve ser calculado em doentes com hemorragia digestiva alta não varicosa predizendo a mortalidade e associando-se com a necessidade de terapêutica endoscópica e de suporte transfusional.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

122

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ÚLCERA PEPTICA: AVALIAÇÃO DE VARIÁVEIS ENDOSCÓPICAS E RELAÇÃO COM A RECIDIVA E MORTALIDADE

Veloso R, Leite S, Pinto J, Afonso M, Silva AP, Carvalho J, Fraga J

INTRODUÇÃO: A hemorragia por doença ulcerosa péptica é uma causa mais frequente de hemorragia digestiva alta. Os achados endoscópicos são importantes predizentes de recidiva hemorrágica. **OBJECTIVOS:** Avaliação de variáveis clínicas e endoscópicas na hemorragia digestiva por doença ulcerosa péptica e sua relação com a recidiva hemorrágica e morte. **MÉTODOS:** estudados 68 doentes consecutivos admitidos por hemorragia digestiva alta de causa ulcerosa de Janeiro de 2008 a Janeiro de 2009. Para a análise estatística foi utilizado o χ^2 . **RESULTADOS:** Dos 68 doentes analisados, 27 eram do sexo feminino. A idade mediana de 75 anos (25-95). Observou-se necessidade de suporte transfusional em 38 doentes (55,9%), recidiva hemorrágica em 6 (8,8%), cirurgia em 3 (4,4%) e morte em 5 (7,4%). Verificou-se que as percentagens de recidiva hemorrágica por grupo de Forrest estão de acordo com o descrito na literatura.

Forrest	Necessidade suporte transfusional	Recidiva Hemorrágica	Morte
Ia	4 (3)	2 (50%)	1 (25%)
Ib	6 (4)	1 (16,6%)	2 (33%)
IIa	1 (69)	2 (12,5%)	2 (12,5%)
IIb	6 (3)	0 (0%)	0 (0%)
IIc	1 (15)	0 (0%)	0 (0%)
III	2 (514)	1 (4%)	0 (0%)

Verificou-se associação entre a escala de Forrest e a recidiva hemorrágica (p=0,042) e com a morte (p=0,04). Não foi observada associação significativa entre a localização da úlcera com a recidiva hemorrágica e a mortalidade. **CONCLUSÕES:** Este estudo sugere que os factores endoscópicos analisados se associam com a recidiva hemorrágica e a mortalidade.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

123**SEGURANÇA DAS HEPARINAS DE BAIXO PESO MOLECULAR (HBPM) APÓS EPISÓDIO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO VARICOSA**

Afonso M, Leite S, Pinto J, Veloso R, Pinho R, Freitas T, Carvalho J, Fraga J

INTRODUÇÃO: A literatura sobre a segurança do uso de HBPM após episódio agudo de hemorragia digestiva alta é escassa. Os benefícios da profilaxia de fenómenos tromboembólicos em populações de risco são extensamente corroborados por vários estudos. **OBJECTIVOS:** Verificar a segurança da utilização de HBPM em doentes após episódio agudo de hemorragia digestiva alta de causa não varicosa. **MÉTODOS:** análise de 161 doentes consecutivos admitidos por hemorragia digestiva alta de causa não varicosa entre Janeiro de 2008 e Janeiro de 2009. Foram avaliadas variáveis clínicas (morte, necessidade de cirurgia, de suporte transfusional) e relacionadas com o uso de HBPM. Para a análise estatística foi utilizado o χ^2 e Teste de Mann-Whitney. **RESULTADOS:** Dos 161 doentes, 63 eram do sexo feminino. A idade média foi de 69 ± 18 anos. 53 doentes (32,9%) foram medicados com HBPM. Não se verificou associação significativa entre o uso de HBPM, a morte ($p=0,2$), a recidiva hemorrágica ($p=0,7$), a necessidade de intervenção cirúrgica ($p=0,09$), a necessidade de suporte transfusional ($p=0,9$) ou o número de unidades transfundidas ($p=0,9$). **CONCLUSÕES:** 1- Na população estudada, a administração de HBPM não se associou significativamente com a recidiva hemorrágica nem com a mortalidade.

Centro Hospitalar de V N Gaia

124**EXTRACÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO DO CÓLON**

Afonso M, Leite S, Pinto J, Veloso R, Freitas T, Carvalho J

A extração de corpos estranhos no cólon é uma ocorrência rara especialmente porque a maioria dos corpos estranhos ingeridos passa através do aparelho gastrointestinal sem dificuldade. No entanto, as complicações da impactação de corpo estranho com extremidades afiadas estão descritas na literatura e incluem a perfuração, hemorragia, formação de abscesso peri-cólico ou mesmo obstrução cólica.

Os autores propõem-se apresentar documentação iconográfica de caso clínico de doente enviado ao Serviço de Urgência por detecção de corpo estranho (osso) fixo à parede cólica. Doente de 80 anos, sexo feminino, que em sequência de pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva realizou colonoscopia total em Agosto de 2008, revelando "formação tumoral vegetante e ulcerada que ocupava metade da circunferência do lúmen aos 20cm da margem anal. Múltiplos colos diverticulares no sigmóide." Efectuadas biopsias que não confirmaram neoplasia pelo que realizou novo exame em Novembro de 2008 - inconclusivo por má preparação intestinal. Em Fevereiro de 2009 repetiu colonoscopia - aos 20cm da margem anal, corpo estranho (osso) fixo à parede. Foi referenciado ao serviço de urgência (SU) do nosso hospital. Na admissão assintomática. Colonoscopia no SU: corpo estranho (osso) impactado em ponte, com 5cm de comprimento, que foi extraído com pinça "aligator" após várias manobras de mobilização atendendo ao grau de fixação à parede - de corpo estranho. Nos locais de inserção mucosa edemaciada, friável e com exsudado aderente. A doente realizou posteriormente TAC abdomino-pélvico que revelou espessamento do sigmóide, sem sinais de perfuração ou abscesso. Internamento hospitalar durante 2 dias, sem intercorrências, tendo alta para o domicílio.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

125

TROMBOEMBOLISMO GRAVE, ADENOCARCINOMA E DOENÇA DE CROHN EM JOVEM DE 22 ANOS

Veloso R, Leite S, Afonso M, Pinto J, Silva AP, Carvalho J, Fraga J

INTRODUÇÃO/OBJECTIVOS: Apresentação de caso clínico de doente do sexo masculino, 22 anos, com antecedentes de Doença de Crohn diagnosticada desde os 9 anos de idade e Hepatite Auto-imune. **DESCRIÇÃO:** Ileocolonosopia (11/08/2006): atingimento de toda a mucosa do cólon com erosões de tipo aftóide no cego; no recto ulcerações longitudinais, algumas profundas e serpiginosas. Enterografia por TC (20/11/2008): espessamento concêntrico da última ansa ileal e do cólon transverso com redução do calibre e dilatação pré-estenótica. Internamento em Setembro de 2008 por Trombose Venosa Profunda extensa unilateral do membro inferior direito. Iniciada hipocoagulação oral. Internamento em Outubro desse ano por hematoquêsias e aumento do número de dejeções. Reintroduzida corticoterapia sistémica. Admissão no SU em Dezembro por dor e edema no membro inferior direito tendo tido alta mantendo hipocoagulação. Dois dias por agravamento das queixas volta ao SU, diagnosticando-se trombose venosa ilio-fémuro-poplíteia direita aguda. No dia seguinte diagnosticado tromboembolismo pulmonar maciço, pneumomediastino e trombose da Veia Cava Inferior. Submetido a trombectomia bilateral dos membros inferiores e colocação de filtro na Veia Cava Inferior. Pós-operatório complicado de choque séptico e disfunção multi-orgânica. Amputação de ambos os membros inferiores, complicando-se de múltiplas infecções dos cotos. Diagnosticados por ecografia nódulos hepáticos com características de metástases. Colonoscopia 16/01/2009: estenose de bordos irregulares não transponível. Histologia: mucosa extensamente infiltrada por estruturas de carcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. Proposta e recusada intervenção cirúrgica (Estadio IV-cT4NxM1). Falecido a 03/02/2009. **CONCLUSÃO:** Apresentação de caso clínico de doente com Doença de Crohn com endoscopia digestiva baixa normal 2 anos antes de diagnóstico de adenocarcinoma do cólon localmente invasivo e síndrome para-neoplásico caracterizado por trombofilia refractária à hipocoagulação oral.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

126

ACHADOS DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA EM 300 DOENTES AVALIADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Moreira T., Salgado M., Cardoso C., Pinto R., Pimentel R., Villas-Boas G., Soares J., Areias J.

Introdução: O advento da enteroscopia por cápsula revolucionou o estudo do intestino delgado, com especial importância na abordagem da hemorragia digestiva obscura. **Objectivos:** Caracterizar os achados da enteroscopia por cápsula nos doentes submetidos a avaliação do delgado por hemorragia digestiva obscura. **Métodos:** Avaliação retrospectiva de 300 doentes consecutivos, que realizaram enteroscopia por cápsula para estudo de hemorragia digestiva obscura no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2009. Colheita de dados demográficos, clínicos, analíticos e endoscópicos. **Resultados:** Incluídos 300 doentes, 140 do sexo masculino (46,7%), média de idades: 59, 7+/- 18,3. Duzentos e três doentes (67,7%) com hemorragia digestiva obscura oculta, com anemia ferripriva: 194; anemia ferripriva e pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) positiva: 8; PSOF positiva: 1. Noventa e sete doentes (32,3%) com hemorragia digestiva obscura aberta - melenas: 47 doentes; hematoquêsias: 50 doentes. Consumo de AINEs em 14,4% dos doentes; antiagregantes em 20,6% e hipocoagulação oral em 10%. Valor mínimo de Hg: 8,07+/-1,87 g/dl. Necessidade de suporte transfusional em 61,5% dos doentes. Foram identificadas lesões na cápsula endoscópica em 202 doentes (67,3%). A cápsula identificou lesões em 122 dos doentes com hemorragia digestiva obscura oculta (60%) vs 80 doentes com hemorragia digestiva obscura aberta (82,5%). Descrição dos achados do delgado: angiectasias: 84; erosões/úlceras: 67; tumor: 26; sufusões hemorrágicas/petequiais: 8; flebetasias: 1; edema/congestão das pregas: 4; alteração arquitectural/perda do padrão vilositário: 8; estenose do lúmen: 7; divertículo(s): 4; parasitas no lúmen: 1; lesões com hemorragia activa: 20. Foram ainda identificadas lesões esófago-gástricas em 28 doentes. **Conclusões:** Cerca de 2/3 dos doentes avaliados por cápsula endoscópica apresentavam hemorragia digestiva obscura oculta. A cápsula identificou lesões em 67,3% dos doentes, mais frequentemente nos casos de hemorragia digestiva obscura aberta. As lesões mais frequentes foram as angiectasias e erosões/úlceras.

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santo António, Porto

127**FACTORES DE RISCO DE FIBROSE EM DOENTES COM HEPATITE CRÓNICA C E CONSUMO LIGEIRO DE ALCOOL**

Cerqueira R, Correia M, Fernandes C, Manso MC

INTRODUÇÃO: As complicações da hepatite crónica C (HCC) estão associadas ao desenvolvimento de fibrose hepática que depende de características do vírus de hepatite C e do hospedeiro. Contrariamente ao consumo moderado/acentuado de álcool, há pouca informação sobre o efeito do consumo ligeiro de álcool na progressão da HCC.

OBJECTIVOS E MÉTODOS. O objectivo deste estudo foi a identificação de factores de risco responsáveis pelo processo de fibrogénese em doentes com HCC com consumo ligeiro de álcool. O estudo, retrospectivo e transversal, incluiu 99 doentes (79,4% homens), idade média 35,2±10,3anos, submetidos a biópsia hepática com HCC e consumo de álcool ≤30g/dia, que não tinham feito terapêutica anti-virica. A fibrose hepática foi graduada de acordo com a classificação de Metavir. Usou-se o teste de qui quadrado para a análise univariada, sendo o efeito multivariado avaliado por regressão logística (backward stepwise).

RESULTADOS: A prevalência de fibrose (METAVIR≥2) foi 40,4%. Univariadamente, a fibrose mostrou estar significativamente associada à idade (≥40anos), p=0,003 (OR=4, IC95%:1,59-10,08), à ALT≥2, p=0,01 (OR=3,1, IC95%:1,26-7,66) e à esteatose≥5%, p=0,003 (OR=3,64, IC95%:1,55-8,5). O consumo ligeiro de álcool apresentou associação significativa negativa com a fibrose, p=0,04 (OR=0,41 (IC95%:0,18-0,97)). Na análise multivariada, a idade, p=0,018 (OR=1,07, IC 95%:1,01-1,12), a ALT, p=0,017 (OR=4,10, IC 95%:1,29-13,07) e a esteatose, p=0,010, OR=4,09, IC 95%:1,39-12,02) permaneceram independentemente associadas à fibrose. Na análise ROC, o valor da área sob a curva (AUC) do modelo para prever fibrose nos doentes com HCC com consumo ligeiro de álcool foi 0,776 (IC95%:0,685-0,868).

CONCLUSÕES: A idade, a ALT elevada e a esteatose são factores de risco de fibrose nos doentes com HCC com consumo ligeiro de álcool. O consumo ligeiro de álcool não tem impacto no processo de fibrogénese.

*Hospital São Sebastião – Santa Maria da Feira, Portugal;
**U Fernando Pessoa, Porto, Portugal & REQUIMTE

128**MICRORNA-122 ENDÓGENO HEPÁTICO NA HEPATITE CRÓNICA C E RESPOSTA TERAPEUTICA**Redondo I¹, Calinas F¹, Neves S², Oliveira M³, Paixão E⁴, Penque D², Peneda J²

O INF tipo I e II influencia negativamente o nível de microRNA122 in vitro (Pederson IM et al in Nature 2007; Sarasin-Filipowicz M et al in Nature 2009). O microRNA 122 influencia positivamente a replicação viral, in vitro (Jopling C et al in Science 2005; Chang et al in J Virol 2008; Randall G et al in PNAS 2009) Objectivo: Em doentes com Hepatite Crónica C, avaliar a expressão de microRNA122 no fígado e, sua eventual associação com ulterior resposta à terapêutica convencional.

Material/Methodo: Avaliamos coorte de 5 doentes com Hepatite Crónica C, genotipo 1b, sob efeito de terapêutica PEG INF+Ribavirina 48sem, com curso completo para definição resposta viral sustentada. Quantificação microRNA122 (RTqPCR) em BH prévio a terapêutica e, determinação níveis analíticos funcionais hepáticos(AST/ALT) e viremia em diferentes fases seguimento.

Resultados:

casos	miRNA122	RNA VHC	4sem terap.	12sem terap.	F-up
1	19,52copias/ng	7,1log	1,19log	negativo	s/ RVS
2	10,95copias/ng	7,2log	negativo	negativo	RVS
3	23,63copias/ng	6,9log	5,8log	negativo	RVS
4	19,90copias/ng	4,7log	3log	negativo	RVS
5	38,71copias/ng	5,6log	negativo	negativo	RVS

Comentário: Na nossa série, os níveis de microRNA122 endogeno específico do fígado na Hepatite Crónica C prévio à terapêutica, parecem ser independentes da evolução da resposta sustentada.

¹S.Gastroenterologia HSAC/CHL, central.Lisboa; ²Departamento.Genética, INSA-IP, Lisboa; ³S. Anat.Pat.H.S.Jose/CHL central, Lisboa; ⁴Departamento. Epidemiologia INSA-IP.

129

MICRORNA-22 E ACTIVIDADE INFLAMATÓRIA DA HEPATITE CRÓNICA C

Neves S¹, Oliveira M², Redondo P³, Calinas F³, Paixão E⁴, Peneda J¹, Penque D¹

O microRNA22 foi identificado como modulador negativo da regulação da expressão do gene "peroxisome proliferator activated receptor alpha" (PPAR α) codificante para factor de transcrição do enzima acetil-CoA oxidase, responsável pela β -oxidação dos ácidos gordos nos peroxisomas. A expressão do PPAR α tem sido associada a EHNA (Yeon JE et al J Gas Hep 2004), e a processos inflamatórios de osteoartrite (Llipoilos et al Plos One 2008). O microRNA22 é induzido, in vitro, pelo stress celular a estímulos externos. (Miranda Cell 2006, Narsit Cancer Res.2006)

Objectivo: estudar o perfil da expressão do microRNA22 no fígado de doentes com Hepatite Crónica C e, sua eventual associação com o grau de alterações estruturais do fígado.

Material/Método: Coorte de 20 doentes com Hepatite Crónica C, genotipo 1b, sujeitos a BH (12-14 espaços porta). Avaliação histológica-score Ishak modificado; quantificação por PCR quantitativo em tempo real (RTqPCR) do microRNA22 hepático, e do VHC no sangue; determinação níveis analíticos funcionais hepáticos (ALT/AST). Controlos: células Huh7, RNA-fígado humano comercial, hepatite granulomatosa VHC ausente.

Resultados:

Actividade histológica mínima/ligeira (3-8) em 90%. Fibrose mínima/ligeira (0-2) em 90%. Esteatose ligeira em 15%. Média viremia = 3,5x10⁶UL/mL (4,9x10⁴-1,40x10⁷). Média microRNA22 nas biopsias = 4,75 cópias normalizadas/ng RNA total (1,82-8,74 cópias/ng) Teste de Spearman demonstrou correlação positiva (p<0,05) entre perfil de expressão microRNA22 e hepatite interface, inflamação portal, e índice necroinflamatório total. Ausência correlação significativa com estadio fibrose.

Conclusão: Os níveis de expressão do microRNA 22 parecem associar-se positivamente com alterações estruturais do fígado características da resposta inflamatória à infecção persistente pelo VHC, mesmo com doença hepática de baixa gravidade.

¹Depart. Genética, INSA-IP, Lisboa; ²S. Anát. Pat. H.S. Jose/CHL central, Lisboa; ³S. Gastroenterologia HSAC/CHL central, Lisboa; ⁴Depart. Epidemiologia INSA-IP,

130

DOENTES INTERNADOS NUMA UCIGE: O FACTOR HEPATOPATIA

Freire P., Romãozinho J.M., Amaro P., Ferreira M., Camacho E., Leitão M.C.

Introdução: Uma proporção significativa de doentes admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia (UCIGE) têm hepatopatia (HE).

Objectivo: Verificar as diferenças entre os doentes com e sem HE admitidos numa UCIGE. **Material e Métodos:** Trezentos internamentos consecutivos numa UCIGE foram, retrospectivamente, divididos em 2 grupos: Grupo I: com HE (cirrose hepática e falência hepática aguda); Grupo II = sem HE. Registaram-se, de cada internamento, dados demográficos, clínicos e de exames complementares de diagnóstico. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS (p < 0,05). **Resultados:** Distribuição dos doentes por grupos: grupo I = 129 doentes (124 com cirrose hepática e 5 com falência hepática aguda) e grupo II = 171 doentes. A hemorragia digestiva alta foi o principal motivo de admissão em ambos os grupos, representando 75,2% dos internamentos do grupo I (rotura de varizes em 84% dos casos) e 64,2% do grupo II.

	Grupo I	Grupo II	p
Média de idades (anos)	57,1 ± 14,5	68,5 ± 18,7	< 0,0005
Sexo (M/F)	2,4/1	1,7/1	ns
APACHE II	14,7 ± 6,9	11,1 ± 6,2	< 0,0005
Intubação endotraqueal (%)	17,1%	2,3%	< 0,0005
Insuficiência renal aguda (%)	24,0%	20,5%	ns
Infecção nosocomial (%)	18,6%	10,5%	0,034
Duração do internamento (dias)	5,7 ± 5,3	4,4 ± 2,3	0,017
Taxa de mortalidade (%)	10,1%	2,3%	0,004

Conclusões: Em comparação com os doentes sem HE, os doentes com HE admitidos na UCIGE são mais jovens, têm scores prognósticos APACHE II mais desfavoráveis, exibem maior incidência de infecção nosocomial, são intubados com maior frequência, permanecem internados durante mais tempo e têm uma taxa de mortalidade mais elevada.

Serviço de Gastroenterologia – Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia (UCIGE), Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

131**COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA: FACTORES DE RISCO E VALOR PROGNÓSTICO**

Freire P., Portela F., Duque G., Tomé L., Ferreira M., Andrade P., M. C. Leitão

Introdução: A colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença rara caracterizada por inflamação difusa do tracto biliar e consequente desenvolvimento de fibrose e estenoses da via biliar. Está intimamente relacionada com a doença inflamatória intestinal (DII) que se encontra presente em cerca de 2/3 dos doentes com CEP.

Objectivos: 1- Identificar, nos doentes com DII, factores de risco para CEP. 2 - Avaliar o valor prognóstico da CEP nos doentes com DII.

Material e Métodos: Os 751 doentes com DII seguidos num serviço de Gastroenterologia foram divididos em dois grupos: G I – com CEP; G II – sem CEP. Registaram-se, de cada doente, dados demográficos, clínicos e de exames complementares de diagnóstico. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS ($p < 0,05$).

Resultados: Distribuição por grupos: GI = 14 doentes; GII = 737 doentes. Idade de diagnóstico de DII: GI = $35,6 \pm 21,5$ vs GII = $33,5 \pm 14,7$ ($p = 0,723$). Relação homem:mulher: GI = 2,5 vs GII = 0,9 ($p = 0,048$). Proporção de doentes com colite ulcerosa: GI = 92,8% vs GII = 48,7% ($p = 0,002$). Incidência de neoplasia do intestino delgado/cólon: GI = 28,6% vs GII = 0,5% ($p < 0,0005$). Sobrevida média após diagnóstico da DII: GI = 19 + 1 anos vs GII = 48 + 3 anos ($p = 0,032$). Sobrevida 20 anos após o diagnóstico de DII: GI = 51,4% vs GII 91,6% ($p = 0,007$). Taxa de mortalidade: GI = 21,4% vs GII = 4,0% ($p = 0,016$).

Conclusões: Na nossa série, a colite ulcerosa e o sexo masculino constituíram factores de risco para CEP. A CEP, por seu turno, revelou-se um factor de mau prognóstico associando-se a aumento da incidência de cancro do intestino delgado/cólon, diminuição da sobrevida e aumento da taxa de mortalidade.

Serviço de Gastroenterologia – Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

132**PECOMA HEPÁTICO E TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO ESPLÉNICO. DUAS PATOLOGIAS RARAS COM APRESENTAÇÃO SÍNCRONA.**

Carvalho C., Tralhão JG, Martins M, Oliveira, Pereira A, Portela I, Cipriano MA; Castro e Sousa F.

Recentemente descrito, o tumor de células epitelioides perivasculares (PEComa) hepático é uma entidade clínica rara, reconhecida pela sua positividade imuno-histoquímica para marcadores melanocíticos (HMB-45) e de actina de músculo liso. De forma similar, o tumor miofibroblástico inflamatório esplénico (pseudotumor inflamatório do baço), não obstante tratar-se de uma entidade clinicamente distinta e que encerra na maioria dos casos excelente prognóstico, é igualmente invulgar, resultando da proliferação de miofibroblastos e infiltração de células inflamatórias. Por se tratar de lesões raras e não existir associação clínica entre ambas, a apresentação síncrona no mesmo paciente afigura-se ainda mais improvável.

Caso clínico: Paciente do sexo masculino, de 55 anos apresentando formação tumoral esplénica com 9,3 cm e formação nodular hepática a nível do segmento III com 1,9 cm, submetido a lobectomia hepática esquerda e esplenectomia cujo estudo anatomo-patológico revelou PEComa (angiomiolipoma monotípico epitelióide) hepático e pseudotumor inflamatório do baço (enviado para parecer diagnóstico a centro de referência).

Discussão: Os PEComas hepáticos apresentam-se maioritariamente como lesões de comportamento benigno que por vezes apresentam características de malignidade (existindo caso relatado de metastização passados 9 anos). Este facto associado ao pouco conhecimento desta entidade e à falta de critérios de benignidade/malignidade torna prudente um follow-up rigoroso de longa duração. Apesar de apresentarem excelente prognóstico, os pseudotumores inflamatórios do baço também podem surgir como formações malignas pelo que se recomenda também vigilância apertada.

Clínica Universitária Cirúrgica, Faculdade de Medicina de Coimbra, UC, Coimbra, Portugal.
Departamento de Cirurgia, Serviço de Cirurgia III, HUC, Coimbra, Portugal

133

AUTO-ANTICORPOS NÃO ESPECÍFICOS DE ÓRGÃO E OBESIDADE MÓRBIDA: CORRELAÇÃO COM FIGADO GORDO NÃO ALCÓOLICO E SEUS FACTORES DE RISCO

Machado M.V., Costa A., Coutinho J., Carepa F., Alves N., Cortez-Pinto H.

Introdução e Objectivos: O fígado gordo não alcoólico (FGNA) associa-se a maior prevalência de auto-anticorpos não específicos (ANE), que pode ser secundária a necroinflamação e/ou resistência à insulina (RI). Pretende-se avaliar a relevância de ANE em indivíduos com obesidade mórbida, correlacionando com a presença, gravidade e factores de risco de FGNA e esteatohepatite não alcoólica (EHNA). **Métodos:** Recrutamento prospectivo e consecutivo de doentes com obesidade mórbida submetidos a cirurgia bariátrica, após exclusão de outras causas de doença hepática, incluindo consumo de álcool >20 g/dia. **Biopsias hepáticas cirúrgicas,** com aplicação do score NAS (EHNA quando ≥ 5). **Avaliação de bioquímica hepática,** ANE (ANA, AMA e AML), RI (HOMA >3) em todos os doentes. **Resultados:** n=83, 69 mulheres, idade 43 \pm 12 anos, BMI 46 \pm 6 Kg/m². FGNA em 98%, EHNA em 14%, RI em 60% e síndrome metabólico em 45%. ANE presentes em 10 doentes (12%), ANA em 3 (3,6%) e AML em 7 (8,4%), nenhum AMA positivo. Nenhum doente com critérios de hepatite auto-imune. Sem associação entre ANE e sexo feminino, idade, IMC, RI e síndrome metabólico. ANA, mas não AML, associou-se a valores mais elevados de aminotransferases (AST: 66 \pm 73 vs 24 \pm 12 IU/L, p<0.001; ALT 96 \pm 102 vs 31 \pm 20 IU/L, p<0.001). Sem associação entre ANE e restante bioquímica hepática ou α -1-globulina. ANA, mas não AML, associou-se a EHNA (ANA em 16,7% vs 1,4%; p=0,05), gravidade de esteatose (p=0,044), gravidade de inflamação (p=0,004), presença de lipogranulomas (0,072), balonização de hepatócitos (p=0,019), corpos hialinos de Mallory (p=0,071) e corpos acidófilos (p=0,0032). Sem associação com inflamação portal, fibrose, megamitocondrias, núcleos glicogenados ou siderose hepática. **Conclusão:** A prevalência de ANE na obesidade mórbida é relativamente baixa. A associação entre ANA e EHNA, gravidade de necroinflamação mas não RI, sugere que a auto-imunidade pode ter um papel no desenvolvimento de formas mais graves de FGNA.

Serviço de Gastroenterologia, Serviço de Anatomia Patológica, Serviço de Cirurgia; Hospital de Santa Maria, CHLN

134

RESSECÇÃO HEPÁTICA POR HEPATOCARCINOMA: UMA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA COMPENSADORA?

Castro Sousa F., Costa B., Tralhão G., Seródio M., Carvalho C.

O hepatocarcinoma é o quinto tumor maligno mais frequente no mundo. Com o objectivo de avaliar os factores preditivos de sobrevida após ressecção hepática por hepatocarcinoma, realizou-se um estudo retrospectivo de 60 doentes operados entre 1990 e 2008. A idade média foi de 61 \pm 11,4 (34-79) anos, sendo 92% do sexo masculino. O Índice de co-morbilidade de Charlson foi de 4,4 \pm 1,7 (2-9); 68% dos doentes associavam hepatopatia crónica e 88% pertenciam à classe A de Child-Pugh. Cinquenta e sete por cento dos casos excediam os critérios de Milão. Foram realizadas 33 ressecções major e nove iterativas. A mortalidade operatória foi de 7%. As sobrevidas actuariais (Kaplan Meyer) aos cinco e aos 10 anos foram de 59% e 55%, respectivamente. Na análise univariável, a sobrevida actuarial relacionou-se significativamente com as classificações T.N.M. modificada (85% vs 38% vs 19% aos cinco anos nos estádios I, II e III, respectivamente; p=0,0001) e B.C.L.C. A invasão microvascular, presente em 50% dos casos, revelou-se um factor pejorativo independente (Exp(B)=19,8; p=0,004), assim como a bilirrubinémia superior a 1,5 mg/dL e a A.L.T. superior a 50 U/L. As restantes variáveis estudadas não constituíram factores prognósticos significativos, incluindo a idade superior a 70 anos, a presença de sintomatologia, o tempo de evolução, a doença hepática crónica, as classificações A.S.A. e Child-Pugh, o M.E.L.D., os critérios de Milão e da Universidade de S. Francisco, o número, diâmetro e distribuição lobar dos tumores, a quimioembolização neo-adjuvante, o tipo de ressecção (major ou minor, iterativa ou primária), as transfusões, a morbilidade operatória e factores histológicos como a invasão da margem de ressecção, o grau de diferenciação, a esteatose e a fibrose. Esta série parece sugerir que a ressecção hepática representa uma alternativa válida no tratamento do hepatocarcinoma; e que a invasão microvascular constitui um factor com particular relevância no prognóstico destes tumores.

Clínica Universitária e Serviço de Cirurgia III Faculdade de Medicina e Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.

135**HEPATITE AUTO-IMUNE: AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS E COMPARAÇÃO DE 2 SCORES DE DIAGNÓSTICO**

Machado M.V., Nunes J., Costa A., Fernandes A., Cortez-Pinto H., Velosa J.

Introdução: Hepatite auto-imune (HAI) pode ser de difícil diagnóstico. Pretende-se comparar 2 scores diagnóstico disponíveis, e avaliar o prognóstico. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de doentes com biopsia hepática efectuadas durante 1998-2008, compatível ou não excluindo HAI. Aplicado score Ishak (actividade e estadiamento). **Resultados:** 27 biopsias, 24 HAI, 15 mulheres, idade 44 ± 19 anos (H/M: 30 ± 12 vs 52 ± 18 ; $p=0,004$), seguimento médio $4,7 \pm 3,9$ anos. ANA e AML positivos em 20 e 15 doentes respectivamente. 7 doentes (29%) com cirrose hepática, actividade histológica 9 ± 4 (88% ≥ 4 e 79% ≥ 6). Comparando os scores de 1999 e 2008, categorizando em 3 subgrupos (exclusão, provável, definitivo), sem concordância estatística. O primeiro subclassificou na presença de alterações biliares e o segundo na ausência de hipergamaglobulinémia. Considerando diagnóstico quando score provável ou definitivo, AUROC igual nas duas classificações: 0,958 ($p=0,011$), sensibilidade 92%; mas se diagnóstico apenas quando definitivo, AUROC de 2008 superior ($p=0,287$): 0,917 ($p=0,021$) vs 0,771 ($p=0,132$), sensibilidade 83 vs 54%. Actividade histológica apenas se associou a elevação de aminotransferases (score ≥ 4 : 95% vs 50% $p=0,177$ e ≥ 6 : 90% vs 0% $p=0,026$). 20 doentes tratados com corticóides: 85% resposta (nadir aminotransferases aos 10 ± 16 meses) e 15% sem resposta (todos tratados com MMF: 1 remissão, 2 sem resposta). ALT inicial inferior no grupo sem resposta: 347 ± 236 vs 1158 ± 1132 ; $p=0,023$. Dos doentes com resposta, 20% necessitou terapêutica manutenção, 25% não recidivou e 25% recidivou. Tendência para menor nadir resposta se recidiva (8 ± 9 vs 18 ± 28 meses, $p=0,30$), sem outras diferenças clínico-histológicas. Remissão sob terapêutica manutenção em todas as recidivas. Sem mortalidade, um transplante hepático, restantes doentes sem descompensação hepática. **Conclusão:** Score diagnóstico de 2008 é mais simples e com maior acuidade que de 1999. HAI, quando tratada, tem bom prognóstico. A ausência de parâmetros clínicos discriminatórios da recidiva, reforçam o conceito da necessidade de histologia hepática antes de suspender imunossupressão.

Serviço de Gastroenterologia, Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santa Maria, CHLN

136**SINDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA COM LESÃO HEPÁTICA**

Marcos Pinto R.; Ferreira J.; Pedroto I.; Areias J.

O Síndrome de Hiperestimulação Ovárica é uma patologia potencialmente fatal relacionada com a indução terapêutica da ovulação no tratamento da infertilidade. As manifestações clínicas estão relacionadas o aumento da permeabilidade vascular resultando em passagem de fluidos para o 3º espaço. Alterações da função hepática associadas a este síndrome não são frequentes tendo sido anteriormente descritas em casos isolados. O tratamento consiste em medidas de suporte.

Apresenta-se o caso de uma doente de 31 anos, sem antecedentes relevantes, sujeita a estimulação ovárica com Gonadotropina coriônica 3 semanas antes da apresentação clínica. A doente recorre ao SU por aumento do volume abdominal (BHG indica gravidez nesta altura). À entrada apresentava ascite de moderado volume (exsudado), hemoconcentração (Hb-16gr/dl), hipalbuminémia (albumina sérica- 3,04 gr/dL), lise hepatocelular (TGO/TGP 66/128 U/L) e colestase (FA/GGT- 204/80 U/L) com bilirrubinas séricas e coagulação normais; Ecografia abdominal com ascite de moderado volume, quistos ováricos e gestação intrauterina. Internada com reposição de fluidos IV e albumina assim como paracenteses seriadas, com hiperbilirrubinemia ligeira e lise e colestase máximas (TGO/TGP-377/615 U/L; FA/GGT-488/132) ao 30º dia de internamento com posterior normalização progressiva; sem alteração da coagulação ou encefalopatia; foram excluídas outras patologias que pudessem cursar com alterações da função hepática. Na alta (60º de internamento) sem lise hepatocelular/colestase, assim como ausência de líquido intraperitoneal. Tendo em conta os dados descritos foi considerado que a doente apresentou um Síndrome de Hiperestimulação Ovárica com lesão hepática, o que acontece nas formas severas desta patologia. A crescente incidência de infertilidade e o uso habitual de estimulação hormonal poderão tornar menos rara esta patologia assim como as suas complicações.

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar do Porto

137

INFLUÊNCIA DO VALOR DA ALT NA ELASTOGRAFIA HEPÁTICA DE DOENTES COM HEPATITE B E C CRÓNICA.

Baldaia C, Serejo F, Marinho R, Ferreira C, Velosa J

Contexto: a elastografia hepática é um método estabelecido de avaliação da fibrose na hepatite crónica C. Especula-se se varia com a actividade inflamatória e tal ser mais relevante na hepatite crónica B.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo (hepatite B e C) para análise da ALT e Elasticidade Hepática, comparando inflamação (1 a 3 vs 4 a 6) e fibrose (0 a 2 vs 3 e 4) no tecido. Sumário de Resultados: **Hepatite C** - 446 doentes (dts), 64% homens. Estádios de Fibrose: F1-134 (30%), F2-184 (41,3%), F3-4-6 (10,3%), F4-82 (18,4%); Graus de Inflamação: 0-3= 104 (26,3%), 4-6= 292 (64,6%). A variância de ALT (ANOVA, $p < 0,001$) e elasticidade ($p < 0,001$) são diferentes consoante o grau de inflamação. Na fibrose tal ocorre com a elasticidade ($p < 0,001$) e não com ALT ($p = 0,42$). **Hepatite B** - 57 dts, 67% homens. F1 e F2 25 (78,1%), F3 1 (3,1%) e F4= 6 (18,8%). Graus de Inflamação: 1 - 3 = 16 (55%), 4 - 6: 13 (23%). A ALT (Kruskall-Wallis, $p = 0,022$) mas não a elasticidade ($p = 0,29$) variam com grau de inflamação. Na Fibrose tal relação ocorre com elasticidade ($p = 0,001$) e não com ALT. As alterações observadas nos 2 vírus não são diferentes para a ALT, elasticidade e fibrose embora na hepatite C ocorra maior actividade inflamatória que na B (quadro).

	HB	HC	p
Idade	39,98 ± 13,01	41,59 ± 11,36	0,322
ALT (UI/l)	87,36 ± 133,09	101,70 ± 82,79	0,257
Elasticidade (Kpa)	9,51 ± 10,798	12,07 ± 12,22	0,098
F1-2 / F3-4	25/7	318/128	0,532
A 0-3 / 4-6	16/13	104/292	0,002

Conclusões: A Elasticidade Hepática foi influenciada pelo valor da ALT em ambas as infecções. A hepatite C tem maior actividade inflamatória, influenciando também o resultado da Elasticidade Hepática.

1.S. de Gastroenterologia, H. Santa Maria
2.Faculdade de Medicina de Lisboa

138

HEPATITE AUTO-IMUNE E INFLIXIMAB – QUE RELAÇÃO?

Silva R., Cravo M., Fonseca R., Nobre Leitão C..

O infliximab é um anticorpo monoclonal anti-TNF indicado no tratamento da DII refractária. Quadros raros de hepatite autoimune associados à sua utilização têm sido descritos. Uma resposta inflamatória inadequada, fruto da desregulação imunitária, parece ser a causa da lesão hepatocelular, que é dose-dependente. Nestes doentes deverá ser suspenso o tratamento com agentes biológicos.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 38 anos, caucasiana, com o diagnóstico desde os 18 anos de doença de Crohn ileo-cólica, fenótipo estenosante, corticodependente.

Após múltiplas reactivações e necessidade de ileo-transversostomia, iniciou em 1999 terapêutica com infliximab (5 mg/Kg), on demand e posteriormente de 12/12 semanas, com necessidade de suspensão em 2001 durante uma gravidez. No puerpério foi reintroduzido, tendo ocorrido uma reacção de hipersensibilidade tardia que motivou a sua suspensão.

De 2002 a 2006 registaram-se múltiplas reactivações, tendo-se reintroduzido o infliximab (5 mg/Kg), em esquema de indução e depois de 6/6 semanas, com prednisolona antes e depois. Após melhoria inicial verificou-se perda progressiva de resposta (mesmo para 10 mg/Kg de 6/6 semanas), e iniciou tratamento com adalimumab, em esquema de indução e depois 40 mg de 2/2 semanas, também com perda progressiva de resposta rápida. Reintroduziu-se novamente, em 2008, o infliximab (10 mg/Kg) em esquema de indução e depois de 6/6 semanas, com prednisolona antes e depois.

Em setembro de 2008, assintomática, apresentou TGO 158 e TGP 191 UI/L. Tinha G globulina 1,94 (< 1.3 g/dL), serologias virais negativas, ANA (>1/640) e Anti-histona positivos. A ecografia abdominal foi normal e a biópsia hepática efectuada mostrou alterações compatíveis com Hepatite Autoimune (score pré tratamento = 17 pontos).

Suspendeu-se o infliximab e foi medicada com prednisolona e azatioprina, com normalização das transaminases, mantendo-se em remissão da doença de Crohn. Actualmente sob terapêutica com budesonido e azatioprina.

Serviço de Gastroenterologia do IPOLFG EPE
Serviço de Anatomia Patológica do IPOLFG EPE

139

HISTÓRIA NATURAL DO HEPATOCARCINOMA NA POPULAÇÃO PORTUGUESA: COORTE DE 15 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Pimentel-Nunes P., Gonçalves A., Martins A., Fatela N., Cortez-Pinto H., Marques-Vidal P., Marinho R, Ramalho F e Velosa J.

Introdução: O hepatocarcinoma é tumor frequente em Portugal, com alta mortalidade e com prognóstico muito reservado. **Objectivo:** Descrever na população portuguesa a história natural do hepatocarcinoma e identificar as variáveis associadas à sobrevivência. **Métodos:** Coorte retrospectiva de 310 doentes com o diagnóstico de hepatocarcinoma entre 1993-2008. Os factores determinantes de sobrevivência foram analisados através do método de Kaplan-Meier. **Resultados:** A etiologia do tumor foi o álcool em 41%, hepatite C 25%, hepatite B 15%, álcool e hepatite C 9%, álcool e hepatite B 5% e outras 5%. A mediana da sobrevivência global foi de 13 meses. A estratégia inicial foi com intenção curativa em 30% dos doentes (cirurgia 12 doentes, transplante 8, radiofrequência 42, alcoolização percutânea 30), 63 doentes quimioembolização, 53 tamoxifeno, 1 sorafenib e 101 apenas medidas de suporte. Nos doentes em que a terapêutica foi de intenção curativa a mediana da sobrevivência foi de 36 meses, melhor para a cirurgia e transplante (45 meses) do que para a radiofrequência ou alcoolização(30 meses) ($p < 0.001$). Na tabela podemos ver os principais factores de prognóstico:

	Variável	N	Sobrevida(meses)	p
Ascite	Não/Sim	144/166	32/10	<0.001
BrTotal(mg/dL)	≤1.5/>1.5	144/166	29/13	<0.001
Albumina(g/L)	≤35/>35	193/117	13/33	<0.001
Trombose porta	Não/Sim	242/68	24/8	<0.001
Nº lesões	1/≥2	170/140	27/12	<0.001
Tamanho	<3/>3	133/177	31/13	<0.001

Conclusão: O hepatocarcinoma continua a ter um prognóstico reservado com sobrevida a 1 ano de apenas 50%. Apesar da terapêutica curativa influenciar a sobrevida, a função hepática e as características do tumor são os principais factores de prognóstico.

Centro Hospitalar de Lisboa Norte

140

HEPATITES AUTOIMUNES – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Duque G., Gomes D., Ferreira M., Leitão M.C.

Objectivo: Análise da casuística em Hepatites Autoimunes (HAI) em doentes internados no Serviço de Gastroenterologia. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 34 casos de HAI no período de 01/2000 a 12/2008. Foi utilizado o score diagnóstico do Internacional Autoimmune Hepatitis Group. **Resultados:** Género: M-7, F-27. Idade: 52,3±18,7 anos. **Apresentação clínica:** Icterícia cutâneo-mucosa: 62%; Assintomático 23%; Astenia 6%; Epistaxis/Gengivorragias 3%, Prurido 3%; Falência Hepática Fulminante 3%. **Parâmetros analíticos:** TGO> 500 U/L em 59%,> 1000 em 27% dos casos; TGP> 500U/L em 50%,> 1000 em 27% dos casos; FA normal em 47%, restantes com valores superiores a 150 U/L; GGT <500 U/L em 97%; Protrombinémia normal em 15%, <50% em 20% dos casos; IgG normal em 15%, valores> 2 vezes normal em 26% dos casos. Autoanticorpos: ANA 88%, SMA 56%, Antiactina 44%, LKM1 3%. **Classificação:** 85% HAI tipo I; 3% HAI tipo 2; 6% Síndrome Sobreposição Cirrose Biliar Primária, 6% Colangite Autoimune. **Histologia:** 100% infiltrado inflamatório, fibrose portal 68%, hepatite de interface 41%, rosetas hepatocitárias 21%. **Score Diagnóstico (pré-tratamento):** Definitivo 44%; Provável 56%. **Doenças Autoimunes associadas:** 11 doentes (32%). **Terapêutica:** 97% realizaram corticoterapia (CCE), 15% deles de forma crónica; 74% medicados com Azatioprina (AZA), 56% de forma crónica; 3% realizaram terapêutica com Ciclosporina e em 26,5% associou-se ácido ursodesoxicólico. **Transplantação:** 11 doentes (12%). **Complicações:** iatrogena – 15%; recidiva-56%; prurido intratável- 3%; cirrose hepática- 38%. **Mortalidade:** 15% (dos quais 75% por falência multiorgânica e 25% por hemorragia digestiva alta). **Conclusões:** HAI é uma doença crónica, mais frequente no sexo feminino, sendo o tipo I mais frequente. As recidivas foram frequentes, tendo-se verificado evolução para cirrose em mais de um terço dos casos. A presença de anticorpos anti-actina associou-se a maior resistência à terapêutica.

Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

141

UM PROGRAMA DE LAQUEAÇÃO ELÁSTICA SECUNDÁRIA DE VARIZES ESOFÁGICAS.

Marcos Pinto R; Pedroto I; Castro Ferreira J; Moreira I; Pimentel R; Areias J

Objectivos: A laqueação elástica secundária de varizes esofágicas é eficaz e eficiente. No entanto, não se sabe o nº de bandas/sessão, o intervalo das mesmas bem como a sua efectividade a longo prazo. Apresentamos os resultados do programa instituído em 1996. **Materiais e Métodos:** No nosso programa de seguimento a principal determinante é a classe Child-Pugh (C-P): realiza-se vigilância endoscópica a todos os 3º e 6º mês após erradicação, seguido de avaliação anual para Child A/B e semestral para Child C. Dos doentes prospectivamente incluídos analisamos 95 casos (follow-up médio de 27 meses (11-76)). Relacionamos as seguintes variáveis: Score C-P; recidiva de varizes; recidiva hemorrágica; desenvolvimento de Varizes Gástricas Secundárias/ agravamento da Gastropatia da Hipertensão Portal (VGS/GHP). **Resultados:** 65% (62/95) dos doentes eram homens. Quanto ao C-P, 52/95 (55%) pertenciam à classe A; 32/95 (34%) à B e 10/95 (11%) à C. Etiologicamente, 69/95 (73%) eram cirroses etilicas. Foram necessárias em média 3 sessões, com 4,6 elásticos por sessão. Houve relação estatisticamente significativa entre a recidiva de varizes esofágicas e o timing (primeiros 6 meses), assim como entre a recidiva e o score C-P inicial (14/52 Child A (27%); 12/32 Child B (38%); 9/10 Child C (90%)) ($p < 0,05$). A recidiva hemorrágica ocorreu em 20/95 (21%) dos doentes, verificando-se correlação com o score C-P inicial e com o consumo etílico mantido ($p < 0,05$). Quando avaliados para o agravamento da GHP/VGS, verificou-se que 19%/1,9% eram Child A; 31%/15,6% Child B e 60%/40% Child C. A recidiva hemorrágica ocorreu em 20/95 (21%) dos doentes, verificando-se correlação com o score C-P inicial e com o consumo etílico mantido ($p < 0,05$). **Conclusões:** O programa estabelecido há 12 anos permite-nos uma monitorização eficiente destes doentes nos quais observamos que a recidiva ocorre nos primeiros meses, se correlaciona com o score Child inicial e este com o agravamento da GHP e das VGS. Os doentes com maior score de Child e que mantêm consumo etílico têm maior probabilidade de ter novo episódio hemorrágico.

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Geral Santo Antonio, Porto

142

FACTORES METABÓLICOS SÃO RESPONSÁVEIS POR ALT ELEVADA EM DOENTES COM HEPATITE B CRÓNICA

Baldaia C, Velosa J, Marinho R, Serejo F, Ferreira C, Outereiro L.

A ALT é um parâmetro importante no manejo clínico dos doentes com hepatite B crónica (HB). **Objectivo:** determinar os factores que influenciam a elevação da ALT em doentes sem replicação vírica significativa. **Material e Métodos:** Num grupo de 264 indivíduos (174 com HB e 90 doadores de sangue como grupo controlo), 81% caucasianos, foram avaliados parâmetros antropométricos [IMC (Kg/m²), perímetro abdominal (cm)], ALT (U/L), GGT (U/L), colesterol total e HDL (mg/dL), triglicéridos (mg/dL), glicemia (mg/dL), consumo de álcool e presença de doenças associadas a síndrome metabólica. **Análise estatística** com software SPSS, nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** HB com log₁₀ DNA-VHB (UI/mL) $3,48 \pm 1,7$. Nos doentes é significativamente menor a frequência de consumo de álcool, HTA, dislipidemia, diabetes mellitus, da ALT e da GGT. A ALT tem correlação significativa (Spearman rho) com: log₁₀ DNA-VHB (+0,203), colesterol total (-0,188) e peso (+0,274) no grupo HBV e com colesterol total (+0,442), peso (+0,25), perímetro abdominal (+0,558), glicemia (+0,308), colesterol HDL (-0,385), triglicéridos (0,271) nos doadores. No quadro são comparadas as médias em 3 grupos: dador, VHB com viremia < 2000 e ≥ 2000 UI/mL.

	IMC	P.abd	ALT	Col total	Col HDL	Trig
Dador	26,3	101,81	21,91	184,30	56,18	110,05
VHB < 2000	25,92	91,48	43,19	181,96	26,83	89,83
VHB > 2000	24,4	86,53	63,63	148,92	11,71	50,63
p	0,038	0,131	<0,001	<0,001	<0,001	0,006

conclusões: o valor da ALT está relacionado com o peso corporal e o colesterol, independentemente da infecção pelo VHB. Os portadores do VHB com replicação vírica baixa têm ALT mais elevada do que os indivíduos não infectados. O papel da ALT na decisão terapêutica deve ser revisto, devendo esta basear-se preferencialmente na viremia

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santa Maria e FML

143

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RESPOSTA À TERAPÊUTICA EM DOENTES COM HEPATITE C CRÔNICA.

Serejo E., Baldaia C., Ferreira C., Marinho R., Velosa J.

Objetivos: Caracterizar os doentes com hepatite C seguidos na nossa consulta de Hepatologia.**Resultados:** 402 doentes (dts) tratados, idade $41,8 \pm 11,3$ anos (16-78), 57,7% genótipo 1, 23,4% - genótipo 3, 13,2% - genótipo 4, 2,5% genótipo 2. Virémia (UI/ml) elevada (> 800.000) -37,1% (149) Intermédia (400.000 – 800.000) 18,4% (74) e baixa (< 400.000) 44,5% (179). 28% associados a uso de drogas de abuso. Com biópsia: 243 dts, G1 – 151 (57,7%); G2 – 5 (2,49%); G3 – 49 (23,4%); G4 – 31 (13,18%). Fibrose: F0-1 – 30%; F2 – 46,1%; F3 – 8,6%; F4- 15,2%.

1º Tratamento (Rx) - Peginterferão + Ribavirina: 326 dts (81 %); Resposta sustentada (RS) – 198 dts (56,4%); RS de acordo com genótipo: G1- 46%; G2,3- 79,8%; G4- 55,5%. Relação Resposta Sustentada /Não Resposta de acordo com virémia: baixa-100/ 154; intermédia– 34/64; alta– 64/132 (p= 0.02). Tipo de resposta de acordo com esteatose: grau 0 a 2 – 56% e restantes graus- 55% (p=ns)

2º Tratamento (Rx) - Peginterferão + Ribavirina : 75 dts (19%); RS conforme 1º Rx: Interferão – 33%; Interferão + Ribavirina – 28%; Peg+Riba – 39%.

Conclusões: As características mais frequentes desta população foram a prevalência do genótipo 1 e da carga viral baixa. A gravidade histológica e a esteatose foram maioritariamente ligeiras a moderadas. A resposta ao Peginterferão + ribavirina foi 56,4%, genótipo 1 - 46% vs genótipo 2,3 - 80%. A esteatose moderada a grave não interferiu com a resposta. O 2º tratamento com Peginterferão + ribavirina foi uma mais valia para 33% dos doentes.

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santa Maria, Faculdade de Medicina de Lisboa

144

ABCESSOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Carvalho J. M., Santos A., Mendes S., Ribeiro P., Torres J., Ferreira R., Pereira M. J., Campos M. J.

Objetivos do trabalho: Analisar a experiência de um hospital central relativamente ao diagnóstico e tratamento de abcessos hepáticos piogénicos (AHP).**Material:** Foi realizada uma revisão dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de alta de AHP, nos últimos 5 anos.**Sumário dos resultados:** Foram estudados 17 doentes com diagnóstico de AHP, sendo a média de idades de $70,35 (\pm 15,95)$ anos e o sexo feminino o mais frequentemente atingido (59%). O sinal e sintoma mais prevalentes foram, respectivamente, a febre (94,1%) e a dor abdominal (82,4%). Náuseas, anorexia e emagrecimento são outros sintomas repetidamente referidos. O intervalo de tempo entre o início da sintomatologia e a admissão hospitalar foi, em média, 16 dias e a duração média de internamento de 29 dias. Das alterações laboratoriais mais frequentemente associadas destacam-se a elevação da PCR (100%), leucocitose (94,1%), elevação da AST e/ou ALT (94,1%), elevação da FA e/ou GGT (94,1%) e anemia normocítica normocrômica (76,5%). A ecografia abdominal foi diagnóstica em 88% dos casos, seguida de confirmação por TC, tendo sido identificada uma única lesão em 65% dos doentes e múltiplas nos restantes. Foi isolado o agente patogénico em 29,4% dos casos (na maioria bacilos Gram negativos) e em 77% dos doentes verificou-se a presença de condição predisponente, nomeadamente doença das vias biliares. O tratamento mais utilizado foi a antibioterapia e.v., sendo preponderante a escolha da associação piperacilina-tazobactam (53%), combinada com a drenagem percutânea da lesão eco/TC guiada. 88% dos doentes tiveram evolução favorável, registando-se uma recorrência e um óbito.**Conclusões:** Os AHP constituem um desafio diagnóstico, dado que representam entidades clínicas pouco frequentes e habitualmente associadas a manifestações inespecíficas. A abordagem clínica deve integrar a investigação de patologia abdominal predisponente. É, por isso, necessário um elevado índice de suspeição para a identificação destas lesões para uma orientação terapêutica precoce.

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar de Coimbra - EPE

145

IMPORTÂNCIA DA INFECÇÃO NO DOENTE CIRRÓTICO

Gonçalves A., Pimentel-Nunes P., Fátela N., Ramalho F., Velosa J.

As infecções são um importante factor de morbidade e mortalidade no doente cirrótico. Estima-se que ocorram em 32-34% dos doentes cirróticos hospitalizados. **Objectivo:** avaliar a prevalência e tipo das infecções no doente cirrótico internado, motivos de internamento e causas de mortalidade intrahospitalar. **Métodos:** análise de uma coorte retrospectiva de doentes com cirrose internados numa unidade de gastroenterologia no ano de 2008, correspondendo a um total de 186 internamentos. **Resultados:** os motivos de internamento foram: EPS 41%, ascite 29%, hemorragia digestiva 15%, icterícia 4%, hepatite alcoólica 3%, sépsis 3%. Identificaram-se como principais etiologias de cirrose o álcool 58%, VHC 13,4%, álcool+VHC 14%. A prevalência global de infecção foi de 63,4%, verificando-se na admissão uma taxa de 51% e 12,4% de infecções nosocomiais. No grupo de cirrose alcoólica a prevalência de infecção é de 63%. A taxa de mortalidade foi de 13% (n=24). Dos óbitos, 79,2% ocorreram por choque séptico, 12,5% por falência hepática e apenas 1 doente por hemorragia digestiva. **Principais Infecções identificadas:**

Infecção	admissão	nº óbitos	nosocomial	nº óbitos
Urinária	41 / 46%	5	3 / 15%	-
PBE	24 / 26%	6	2 / 10%	2
Respiratória	8 / 8,7%	1	6 / 30%	1
Pele	7 / 7,6%	-	2 / 10%	-
Bacteriemia	7 / 7,6%	6	7 / 35%	2
Colangite	2 / 1%	-	-	-
GEA	2 / 1%	-	-	-

Isolaram-se microorganismos em 55%: Gram negativos 69%, gram positivos 26%, fungos 4%. Principais agentes isolados: e.coli, enterococcus faecalis, k.pneumoniae s.pneumoniae, s.aureus. **Conclusão:** nos doentes internados com cirrose a infecção tem uma elevada prevalência e constitui a principal causa de mortalidade, especialmente na cirrose alcoólica. Na nossa serie predominam as infecções urinárias e os agentes gram negativos.

Serviço de Gastroenterologia, CHLN-HSM

146

FACTORES RELACIONADOS COM A SOBREVIDA NUM GRUPO DE DOENTES COM CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC)

Torres J, Ferreira R, Agostinho C, Marques M (*), Ferreira M, Mesquita R, Mendes S, Carvalheiro J, Pereira MJ, Romão Z, Panão E, Campos MJ

Objectivo: Determinar os factores relacionados com a sobrevida (S) em doentes com CHC. **Material e métodos:** Análise retrospectiva de 32 doentes com CHC (Jan/2004-Jan/2009) (excluídos 3 sem follow-up). Utilizado método de Kaplan Meier e Cox- Regression para análise da S e teste de Spearman para correlação dos factores entre si. **Resultados:** 29 doentes, 27 homens. 28 com cirrose. Idade média: 72A. Sobrevida média: 10,5 meses(M).

	n	Média S (M)	p
Classe Child	A:7/ B:13/ C:8	17,5/ 11,6/ 3,0	0,006
Sintomas presentes dx	N: 12/ S: 17	17,0/ 5,2	0,003
αFP (UI/mL) (<400 ou >400)	<:18/ >:11	10,3/ 8,5	ns
Br (mg/dL) (<2 ou >2)	<:18/ >:11	12,2/ 7,2	ns
Tumor gdes dimensões (massa)	N: 17/ S: 12	13,2/ 5,9	ns
MIN1	N: 23/ S: 6	11,7/ 4,7	ns
Trombose porta	N: 18/ S: 11	12,3/ 6,3	ns
Performance status	0:3/ 1:7/ 2:7/ 3:11/ 4:1	23,5/ 17,4/ 9,1/ 3,3/1,5	0,001
Estadio BCLC	A+B: 7/ C+D:22	23,5 / 5,5	0,001

Na regressão linear de Cox o factor com maior impacto no tempo S foi o estadio (p<0,001). Adicionalmente verificada correlação positiva entre o Child e o performance status (PST) (r=0,6; p<0,001) e entre o Child e o estadio (BCLC) (r=0,7; p<0,001). A presença de sintomas correlacionou-se com estadio (r=0,5; p=0,002) e PST (r= 0,5; p=0,007) mais avançados. **Conclusões:** Relacionaram-se com menor tempo de sobrevida: a presença de sintomas no dx, e pontuações mais elevadas da classe de Child-Pugh, do PST e do estadiamento BCLC. Este último, revelou-se o melhor indicador clínico para sua predição. A classe de Child esteve directamente correlacionada com o PST e o estadio de Barcelona.

Serviço de Gastroenterologia - CHLN, LFE
Departamento de Bioestatística - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (*)

147**MUTAÇÃO DO GENE HFE E SOBRECARGA DE FERRO**

Ferreira A, Soares J, Pereira P, Branca F, Mota-Garcia F, Lopes S, Machado A, Rolanda C, Macedo G

Introdução: A Hemocromatose Hereditária (HH) clássica é uma doença autossômica recessiva com sobrecarga de ferro associada a mutações do gene HFE. Na maioria dos casos ocorre a mutação C282Y da proteína HFE. Permanece por esclarecer qual o significado clínico da homozigotia para a mutação H63D e apenas têm significado patológico comprovado a homozigotia C282Y e, possivelmente, a heterozigotia composta C282Y/H63D. Este trabalho pretende avaliar qual a prevalência das diferentes mutações do gene HFE e qual o impacto destas na cinética do ferro. **Material e Métodos:** Foram estudados 200 doentes aos quais foram efectuadas pesquisas de mutações do gene HFE por motivos diversos. Estes doentes foram divididos segundo o genótipo HFE e foram comparados com um grupo de controlo formado pelos doentes homozigóticos C282Y. Foi utilizado o teste T para comparação dos diferentes grupos. **Resultados:** Foram analisados 156 indivíduos do sexo masculino e 44 do sexo feminino com média de idades de 48 anos. Os homozigóticos C282Y tiveram saturação de transferrina (média 88±14%) superior aos diferentes grupos: homozigóticos H63D (média 46±3%, p=0,015), heterozigóticos compostos (média 41±4%, p<0.01) e heterozigóticos C282Y/wild type (média 44±4%, p=0.01). Os doentes homozigóticos H63D tiveram saturação de transferrina superior aos indivíduos wild type (média 36±2% p=0.02). O doseamento de ferritina foi, nos homozigóticos C282Y, superior aos restantes grupos (média 5511±3113 ng/ml): homozigóticos H63D (577±124 ng/ml p=0.02), heterozigóticos compostos (535±167 ng/ml p=0.07) e heterozigóticos H63D (520±52 ng/ml p<0.001). **Conclusão:** Os doentes homozigóticos C282Y demonstraram padrões de sobrecarga de ferro bastante superiores aos restantes grupos. A mutação H63D foi encontrada em 40 % dos indivíduos estudados e o grupo dos homozigóticos H63D mostrou padrões de sobrecarga de ferro superiores aos homozigóticos compostos (diferença não estatisticamente significativa) e aos indivíduos wild type.

Serviço de Gastroenterologia, Hospital São Marcos, Braga

148**ASSOCIAÇÃO ENTRE O PERFIL METABÓLICO E A GORDURA VISCERAL NA HEPATITE C**

Pinto J, Leite S, Afonso M, Veloso R, Pinho R, Proença L, Carvalho J, Fraga J.

A esteatose é uma característica histológica da hepatite C crónica. OS mecanismos envolvidos podem traduzir um efeito citopático directo do vírus ou envolver factores de risco metabólico próprios do hospedeiro como sendo a obesidade, diabetes mellitus tipo 2 ou dislipidemia.

Objectivo: Estudar o perfil metabólico e relacioná-lo com a gordura visceral (GV) medida por ecografia e Tomografia Computarizada (TC) em doentes com hepatite C crónica.

Métodos: Angariação prospectiva de dados em 56 doentes com hepatite C crónica submetidos consecutivamente a biópsia hepática percutânea. No dia do procedimento efectuada colheita sanguínea com determinação do perfil metabólico do doente (colesterol, triglicérides, glicose e insulina). A GV foi avaliada por ecografia e TC. Antropometria avaliada com medição do perímetro da cinta (PC) e cálculo do índice de massa corporal (IMC).

Resultados: Analisados 56 doentes, 44 do sexo masculino (78,6%); idade mediana da população de 43,5 anos; IMC mediano de 24,6 Kg/m²; PC mediano de 84,2cm. Parâmetros do risco metabólico (valores medianos): colesterol total - 152,5mg/dl; HDL - 48mg/dl; triglicérides - 91,5mg/dl; glicose 87,5 mg/dl; insulina 10,1µU/ml. Verificou-se uma associação positiva entre a GV medida por ecografia e TC e 1) a glicose (p=0,002 e p=0,005); 2) a insulina (p=0,047 e p=0,001); 3) o IMC (p=0,009 e p<0,001); 4) o PC (P=0,001 e p<0,001), respectivamente, bem como uma associação inversa entre a medição da GV por ecografia (p=0,0028) e por TC (p=0,001) e o colesterol HDL.

Conclusões: 1) Verificou-se uma associação significativa entre a gordura visceral medida por ecografia e TC e os parâmetros de risco metabólico e medidas antropométricas nos doentes com hepatite C crónica. 2) Apesar disso, a população com hepatite C estudada não apresenta risco metabólico aumentado nem obesidade.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

149

HEPATITES CRÓNICAS B E C: ANÁLISE COMPARATIVA DO RISCO METABÓLICO E GORDURA VISCERAL

Pinto J, Leite S, Afonso M, Veloso M, Pinho R, Proença L, Carvalho J, Fraga J

A gordura visceral e a resistência à insulina têm sido associadas ao desenvolvimento de síndrome metabólica em doentes com Hepatite B e C. Os seus papéis na patogénese das hepatites víricas não estão bem esclarecidos. Objectivo: Comparar os perfis metabólicos e gordura visceral (GV) medida por ecografia em doentes com hepatite B e C crónicas.

Métodos: Analisados os parâmetros séricos de risco metabólico (glicemia, insulina, colesterol total e HDL e triglicédeos (TG)) e a GV medida por ecografia numa população de 92 doentes, não seleccionados, submetidos a biopsia hepática percutânea.

Resultados: Estudados 37 doentes com hepatite C e 54 doentes com hepatite B. Na tabela seguinte apresentam-se os valores medianos dos parâmetros do perfil metabólico e a GV, segundo etiologia.

	HDL (mg/dl)	TG (mg/dl)	Glicose (mg/dl)	Insulina (mcU/ml)	Homa	GV (cm)
Hepatite C	44	97	90	8	1	29
Hepatite B	53	85	85	10	1	17,5
p	p= 0,08	p= 0,7	p= 0,05	p= 0,5	p= 0,8	p= 0,8

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os parâmetros de risco metabólico nos doentes com hepatite B e C.

Conclusões: 1) Os riscos metabólicos da hepatite C e B são semelhantes.

2) A gordura visceral medida por ecografia não revelou diferenças nas hepatites crónicas estudadas.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

150

PAPEL DOS RECEPTORES DAS CÉLULAS NK (KIR) E HLA NA PROGRESSÃO PARA FIBROSE EM DOENTES COM HEPATITE CRÓNICA C

Leite S, Alves H*, Silva AP, Pinto J, Afonso M, Veloso R, Lima B*, Dias M*, Fernandes S, Carvalho J, Fraga J

Introdução: As células Natural Killer (NK) actuam na defesa contra a infecção vírica usando receptores (inibidores e activadores) para as moléculas HLA classe I como forma de controlar a sua actividade. Tem sido descrita uma associação entre os polimorfismos dos genes KIR e os seus ligandos nas moléculas HLA, nomeadamente na Hepatite C (VHC). Os KIR estão relacionados com a activação e inibição das NK e podem ter um papel importante na resposta inata contra a infecção por vírus, como o VHC.

Objectivos: Estudar a associação dos genótipos dos receptores KIR com os ligandos HLA classe I num grupo de doentes com Hepatite C, relacionando-os com a fibrose hepática.

Material e Métodos: Foram estudados 41 doentes VHC, 83% sexo masculino, idade média 41 anos (± 11,3). Determinaram-se: genótipo VHC, índice de massa corporal, tempo infecção e consumo de álcool. Fibrose hepática avaliada segundo METAVIR, considerada significativa se ≥2. Realizada tipagem para HLA e KIR (SSP e Luminox). As frequências alélicas foram obtidas por contagem directa. Associações estatísticas genótipos KIR/fibrose por Chi2 e correcção de Fischer. Os alelos HLA-Cw* foram agrupados em HLA-C1 (C*01, C*03, C*07, C*08) e HLA-C2 (C*02, C*04, C*05, C*06) de acordo com os seus ligandos. Resultados: Encontraram-se frequências aumentadas nos doentes com fibrose ≥2 dos genótipos KIR 2DL2 (p=0,03; RR=2,4), KIR 2DS1 (p=0,09; RR=1,8), KIR 2DS2 (p=0,05; RR=2,2) e do HLA-C2 (p=0,03; RR=2,19). A interacção do grupo HLA-C2 com o KIR 2DS1 confere um risco acrescido de fibrose significativa (p=0,04; OR=5,84).

Conclusão: O estudo sugere um papel dos KIR e da classe I do HLA na evolução para a fibrose em doentes com hepatite crónica C.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, *Centro de Histocompatibilidade do Norte

151**FIBROSCAN: PODERÁ SUBSTITUIR A BIÓPSIA PRÉ-TRATAMENTO NA HEPATITE B CRÔNICA?**

Soares JB*, Pereira P*, Lopes S*, Pardal F‡, Macedo G*.

Introdução: O prognóstico e tratamento dos doentes com hepatite B crónica dependem em grande medida do grau de fibrose hepática. A medição da rigidez hepática através da elastografia transitória (FibroScan®, Echosens™) é um método não invasivo que permite avaliar a fibrose hepática.

Objectivo: Avaliar a eficiência do FibroScans® no diagnóstico de fibrose hepática significativa (F≥2) em doentes com hepatite B crónica.

Métodos: A medição da rigidez hepática através da elastografia transitória (FibroScan®, Echosens™) foi realizada em 102 dos quais 42 doentes com hepatite B crónica. Em 34 destes doentes realizou-se também biópsia hepática, para avaliação do estágio de fibrose de Ishak.

Resultados: Dos 34 doentes que realizaram biópsia hepática, 27 doentes apresentavam estágio de fibrose F0 ou F1 e os restantes F≥2. O valor médio da rigidez hepática foi de 5,5 KPa (3,3-8,6KPa) nos doentes que não realizaram biópsia, 4,9 KPa (2,7-7,4 KPa) nos doentes com F0 ou F1 e 9,3 KPa (5,0-13,8 KPa) nos doentes com F≥2. O valor de rigidez hepática apresentou uma correlação significativa ($p < 0,0001$) com o estágio de fibrose de Ishak ($r = 0,73$; IC95% 0,51-0,85). A AUROC foi de 0,93 (IC95%, 0,79-0,99) para discriminar F0-F1 vs F≥2. O valor de cut-off ótimo para discriminar F0-F1 vs F≥2 foi de 6,6 KPa com sensibilidade de 85,7% e especificidade de 92,6%.

Conclusão: A medição da rigidez hepática através da elastografia transitória parece ser um método não invasivo eficiente para o diagnóstico de fibrose relevante (F≥2), com um cut-off semelhante ao descrito em outros estudos.

*Serviço de Gastroenterologia e ‡Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de São Marcos, Braga.

152**ESTUDO PROSPECTIVO DE SEDAÇÃO NA COLONOSCOPIA – ESTUDO PRELIMINAR**

Quintela C, Saiote J., Soeiro A, Porto F, Bettencourt M.J.

A sedação na colonoscopia tem por objectivo diminuir a ansiedade do doente, melhorar a tolerância ao exame e permitir ao endoscopista uma melhor observação. **Objectivo:** Comparar a sedação consciente e profunda na colonoscopia. **Material e métodos:** Estudo prospectivo constituído por 42 doentes que realizaram colonoscopia diagnóstica e/ou terapêutica. 16 do sexo masculino e 26 do feminino, com idades médias (IM) 57,3 no masculino e IM 62,1 no feminino. Foram divididos em dois grupos cada com 21 doentes: Grupo 1-sedação consciente (midazolam); grupo 2-sedação profunda (midazolam, propofol e um terceiro fármaco). O grupo 1: 7 doentes do sexo masculino com idades 43-85 anos e 14 feminino, idades 44-85 anos. O grupo 2: 9 do sexo masculino com idades 21-86anos e 12 do feminino com idades 21-84anos. Todos incluídos em ASA2. Foram observados: progressão do aparelho; duração da colonoscopia; dor (grau0-sem dor, 1/2-dor ligeira, 3/4/5-moderada, 6/7/8-severa, 9/10-máxima); monitorização-saturação periférica de oxigénio(SpO2), tensão arterial(TA), frequência cardíaca(FC). Todos os parâmetros foram avaliados no tempo 0, 15', 30' e 45'. Foram excluídos: idade <18 anos, grávidas. **Resultados:** No grupo 1 a colonoscopia foi até ao cego-19 doentes e até ao ângulo esplénico-2 doentes. No grupo 2 a colonoscopia foi até ao cego em todos os doentes. A duração do exame foi de 15'-30'(média 20) no grupo 1 e 10'-15' (média 13) no grupo 2. Em relação à dor no grupo 1 (nos 1ºs 15'): 5-sem dor, 5-ligeira, 7-moderada, 3-severa e 1-máxima. Dos 15'-30': 5-sem dor, 8-ligeira, 6-moderada, 2-severa. No grupo 2: 18-sem dor, 3-ligeira. Constatou-se no grupo 1 bradicárdia em 2 doentes, 1-dor moderada e 1-severa, tendo impedido a progressão. Grupo 2 sem bradicárdia. No grupo 1 houve hipotensão num doente e no grupo 2- 4 doentes. Não se verificaram alterações da SpO2 em nenhum doente nem hipertensão ou taquicárdia. O uso de sedação quer consciente ou profunda aumentam o conforto e tolerância do doente à colonoscopia. A sedação profunda parece mais segura em relação aos riscos cardiovasculares e permitiu um exame mais rápido.

Serviço de Gastroenterologia do CHLC - HSAC
Serviço de Anestesiologia do CHLC - HSAC

153

FACTORES DE RISCO PARA HEMORRAGIA POR ESCARA DE LAQUEAÇÃO DE VARIZES ESOFÁGICAS

Nunes J., Ribeiro S., Valente A., Palma R., Glória H., Baldaia C., Alexandrino P., Velosa J.

Introdução e objectivos: A laqueação elástica de varizes esofágicas (LEVE) é uma técnica eficaz para diminuição da hemorragia por rotura de varizes esofágicas (VE), sendo a complicação mais frequente toracalgia. A hemorragia por escara após laqueação é uma complicação possível. Pretendemos analisar a incidência e identificar factores de risco para a ocorrência de hemorragia por escara de LEVE.

Métodos: Análise retrospectiva dos internamentos por hemorragia digestiva por escara de LEVE, no período de Fevereiro de 2006 a Fevereiro de 2009.

Resultados: Ocorreram 15 casos de hemorragia por escara de LEVE em 483 procedimentos (3,1%), todos em doentes do sexo masculino, com idade média $57 \pm 15,8$ anos. Quanto à etiologia da cirrose: álcool em 46,7% dos casos, álcool e VHC e/ou VHB em 40% e VHB em 13,3%. A maioria pertenciam à classe Child-Pugh B (53,3%) e C (40%), com Meld de $17,4 \pm 6,6$. A hemorragia por escara ocorreu após LE realizada em contexto de urgência em 66,7% dos casos (10 em EDA de urgência vs 5 doentes em EDA electiva), com uma média de elásticos colocados de 6. A hemorragia foi grave, com choque hipovolémico, em 66,7% dos casos. Foi realizada terapêutica endoscópica da escara em 7 doentes (46,7%), esclerose em 5 (71,4%) e cianoacrilato em 2 (13,3%). Quatro doentes tiveram recidiva da hemorragia: 1 faleceu e outro foi submetido a TIPS. Dos doentes submetidos a terapêutica, apenas um teve recidiva da hemorragia (1/7), ao contrário daqueles em que se teve atitude expectante (3/8), embora as diferenças não sejam significativas.

Conclusões: A hemorragia por escara de LEVE é rara, ocorrendo em doentes com cirrose hepática avançada, sendo mais frequente após LE realizadas de urgência. A terapêutica endoscópica da escara de LE parece reduzir o risco de recidiva, e, como tal, o risco de complicações (morte, TIPS).

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia; Hospital de Santa Maria - CHLN

154

NECROSE GÁSTRICA

Lomba-Viana H., Pires J., Correia A., Mendonca A., Granjeira I.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 55 anos de idade com epigastralgias. Quatro meses após o início dos sintomas efectuou endoscopia digestiva alta que revelou uma extensa lesão ulcerada e escavada, de aspecto infiltrativo ocupando todo o antro. A histologia mostrou tratar-se de um linfoma não-Hodgkin de grandes células B em estadio IV.

Iniciou quimioterapia com esquema R-CHOP composto por: rituximab, ciclofosfamida, adriamicina, vincristina e prednisolona. Ao segundo ciclo, surgiu astenia e anorexia marcadas. A hemoglobina atingiu valores de 5,7 g/dl. Fêz várias transfusões de sangue e uma nova endoscopia que revelou necrose gástrica maciça do corpo e antro, com hemorragia em toalha e risco de perfuração.

Foi ponderada a realização de gastrectomia total, mas o seu estado geral deteriorou-se rapidamente, associado a fractura patológica de duas vértebras (D8 e L2) e do úmero direito. A ressonância magnética da coluna vertebral revelou extensa infiltração das vértebras por doença linfo-proliferativa e extensão às partes moles adjacentes.

Interrompeu a quimioterapia e iniciou esomeprazole.

Apesar das treze unidades de sangue transfundidas, a hemoglobina nunca ultrapassou os 9,7 g/dl.

Ao terceiro mês após o diagnóstico ficou paraplégica, com uma degradação franca e rápida do seu estado geral, vindo a falecer oito meses após o início dos sintomas.

Serviços de Gastroenterologia, Hematologia e Medicina Interna
Hospital Militar do Porto - D. Pedro V

155**PÓLIPO DO RECTO PROLAPSADO**

Caldeira A, Pereira B, Sousa R, Pereira E, Gonçalves R, Tristan J, Banhudo A

Os pólipos do recto surgem em 15 a 20% da população adulta. Na maioria dos casos não originam sintomas, sendo diagnosticados, acidentalmente, durante um toque rectal ou realização de colonoscopia. Quando de grande dimensão podem prolapsar para fora do ânus, favorecendo o prolapso da mucosa e sintomas como rectorragia, pseudodiarreia, oclusão intestinal, ou tenesmo.

Apresenta-se o caso de uma doente, com 86 anos de idade, internada por história de hematoquézia com uma semana de evolução. Referia episódios de tenesmo e sensação de corpo estranho no ânus. Analiticamente apresentava anemia hipocrômica microcítica (Hgb-8,4 g/dl) sem trombocitopenia, alterações da coagulação ou da bioquímica. Realizada colonoscopia com progressão até ao cego. Identificado pólipos pseudopediculado, 4cm de diâmetro, exteriorizando-se através do canal anal, com zona de inserção localizada no recto médio. Diverticulose no sigma. Sem outras alterações da mucosa nem sangue ou vestígios.

Realizada polipectomia em piece-meal com ansa diatérmica. Base com vestígios de tecido do pólipo. Aplicação de argon-plasma. Escara sem sinais de hemorragia no final.

Histologia: adenoma tubulo-viloso com displasia de baixo grau.

Reavaliação endoscópica aos 3 meses: no recto, visualização de cicatriz de anterior polipectomia, branca e regular tendo a mucosa limítrofe aspecto macroscópico normal.

Resolução completa da sintomatologia.

O diagnóstico diferencial com o prolapso rectal é importante, acreditando-se que um pólipo rectal prolapsado através do ânus por um longo período de tempo pode conduzir ao prolapso da mucosa rectal envolvente. Os sintomas causam frequentemente desconforto e motivam a investigação clínica. A excisão endoscópica deve ser realizada, sempre que possível, sendo o tratamento de eleição.

Documenta-se com imagens curiosas.

Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco

156**ESTENOSE BENIGNA DO ESÓFAGO DE DIFÍCIL RESOLUÇÃO**

Caldeira A, Pereira B, Tristan J, Sousa R, Pereira E, Gonçalves R, Banhudo A

Mais de 1/3 dos doentes com esofagite cáustica desenvolvem estenoses. Perante a sua identificação devem iniciar-se dilatações esofágicas lentamente evitando perfuração. O objectivo é dilatar o lúmen esofágico até 15mm obtendo alívio completo da disfagia. Caso clínico: Mulher, 36 anos, antecedentes de doença bipolar, com dor retro-esternal, disfagia e sialorreia após ingestão voluntária de cáustico. Orofaringe: mucosas edematosas e congestivas. Gasimetria e radiografia tórax sem alterações. Endoscopia: lesões de esofagite e gastrite cáusticas grau 2B/3 (classificação Zargar). Transferida para uma UCIGE no mesmo dia.

Apresentou evolução favorável, tendo regressado ao hospital de origem 6 dias depois. Reavaliação endoscópica, aos 14 dias, com estenose não franqueável aos 27cm dos incisivos. No 21º dia iniciou programa de dilatação esofágica com balãoTTS, somando 26 sessões em 18 meses, dirigidas, inicialmente, à estenose mais proximal (27cm) e quando esta se tornou franqueável, também à estenose mais distal (31cm). Em 2 sessões foi efectuada injeção local de corticóide, com pouco benefício. Registaram-se 2 episódios de impacto alimentar no esófago, ambos por não cumprimento da dieta prescrita. Aos 2 anos de follow up, EDA com lúmen permeável e doente assintomática. Doentes com esofagite cáustica graus 2B/3A desenvolvem estenoses em 70-100% dos casos. A dilatação esofágica é uma alternativa terapêutica possível, sendo frequentemente um processo moroso, que exige múltiplas sessões programadas com melhoria, geralmente, mais lenta do que seria desejável.

A opção por um tratamento longo com resultados demorados que em tudo dependiam da cooperação de uma doente que tinha desistido de viver constituiu um verdadeiro desafio. Fomos surpreendidos com a assiduidade com que comparecia às sessões comprometendo-se, envolvendo-se e sentindo-se também responsável pela melhoria, paulatina, das suas queixas. O tratamento da sua estenose esofágica representou energia e motivação para uma nova entrega à vida. Concluímos que o tratamento foi duplamente eficaz.

Serviço de gastrenterologia do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco

157

TRATAMENTO PALIATIVO EM GASTROENTEROLOGIA – QUANDO AS TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS SE COMPLEMENTAM

Caldeira A, Pereira B, Tristan J, Sousa R, Pereira E, Gonçalves R, Banhudo A

A obstrução bilio-digestiva interfere, manifestamente, na qualidade de vida podendo conduzir a um desfecho, eventualmente, fatal em poucos dias. A palição e prevenção sintomática devem afirmar-se como áreas prioritárias na resolução de situações incuráveis com sintomas incapacitantes. No contexto da doença neoplásica do tubo digestivo o papel do gastroenterologista é nuclear.

-Homem, 54 anos, com estenose do esfago distal não franqueável e adenocarcinoma do pâncreas irrissecável condicionando estenose da via biliar principal (VBP). Realizada dilatação com velas Savary até 15mm que permitiu passagem de duodenoscópio, CPRE (colangiograma mostrou estenose da VBP distal com marcada dilatação a montante) com colocação de prótese biliar metálica expansiva, seguida de colocação de prótese esofágica metálica não coberta, com controlo fluoroscópico. Os procedimentos foram realizados num só tempo anestésico. -Mulher, 84 anos, com quadro de vômitos de estase, dor abdominal, astenia e anorexia. Ecografia abdominal: acentuada distensão gástrica com resíduos alimentares no lúmen, dilatação do canal wirsung e VBP até ao segmento pancreático onde se identificou formação heterogénea hipocogénica com cerca de 40mm. EDA: estenose do lúmen em D3, por lesão extrínseca, não franqueável. Para melhor caracterização da massa, decidiu-se pela realização de ultrassonografia endoscópica. Identificou-se a cabeça do pâncreas com imagem heterogénea de localização inferior à papila e com invasão da parede duodenal, confirmando-se a sua irrissecabilidade – efectuada punção aspirativa - Adenocarcinoma dos ductos pancreáticos com produção de muco. CPRE: colocação de prótese metálica não coberta na VBP e de seguida, realizou-se EDA, utilizando o colonoscópio, introduziu-se prótese metálica não coberta no duodeno. Os procedimentos foram realizados num só tempo anestésico. A programação dos procedimentos endoscópicos, em ambos os casos, de forma sequencial e correcta permitiu de forma muito célere, e num só tempo, tratar paliativamente as 2 estenoses com grande benefício para os doentes e melhoria da sua qualidade de vida.

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano

158

ANGIODISPLASIA DO DELGADO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA OBSCURA

Caldeira A, Bastos P, Pereira B, Monteiro A, Sousa R, Pereira E, Banhudo A

As angiodisplasias são a etiologia mais comum da hemorragia obscura, principalmente se localizadas no intestino delgado, e em doentes com mais de 60 anos. Apresenta-se o caso de uma doente, 68A internada para estudo de anemia microcítica (4,8 g/dl), sem perdas visíveis. Apresentava múltiplas comorbilidades (IRC, HTA, EAM há<1A, hipotiroidismo, obesidade, DM2), estando medicada, entre outros, com 2 antiagregantes plaquetários e anti-inflamatórios em SOS. EDA: 2 úlceras em cicatrização no estômago, sem sinais predizentes de hemorragia recente. No 3º dia apresenta agravamento do estado geral, com melenas abundantes. Colonoscopia total com presença de algum sangue digerido no lúmen sem lesões da mucosa. Ileoscopia não conseguida. Videocápsula endoscópica: no jejuno proximal observa-se sangue vermelho vivo e coágulos sem identificação do foco hemorrágico. Realizada enteroscopia com colonoscópio: progressão até ao jejuno proximal, visualizando-se a este nível sangue vivo e coágulos no lúmen. Na mucosa subjacente e em todo o trajecto não se encontraram lesões potencialmente sangrantes. Apesar da evidência de hemorragia activa abaixo do ângulo de Treitz, não foi possível, por esta técnica identificar o foco hemorrágico. Manteve perdas hemáticas abundantes mesmo com perfusão contínua de ocreotóido. Fez 20 unidades de concentrado eritrocitário, mantendo hemoglobina<10g/dl. O elevado risco cirúrgico (ASA III) levou a que a intervenção cirúrgica fosse protelada durante muito tempo. No 30º dia de internamento foi realizada enteroscopia intra-operatória através de enterostomia abaixo do ângulo de Treitz, com identificação de 2 angiodisplasias aos 30 e 60cm do jejuno proximal (com erosões da mucosa). Efectuada rafia transfixiva dos pontos sangrantes, pelo cirurgião. Restante progressão até ao ileon distal sem alterações da mucosa. Atendendo aos seus antecedentes, a doente manteve profilaxia secundária dos eventos trombóticos tendo sido associado inibidor da bomba de prótons. Evita os anti-inflamatórios. Follow up aos 6 meses mantém hemoglobina acima de 10 g/dl. Apresenta-se interessante iconografia endoscópica.

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano

159**NEURÓLISE DO PLEXO CELÍACO - COMPLEMENTO NO TRATAMENTO DA DOR**

Caldeira A, Pereira B, Pereira E, Duque I, Sousa R, Tristan J, Gonçalves R, Banhudo A

A ultrassonografia endoscópica (EUS) beneficia de um acesso directo ao plexo celiaco. A relativa proximidade da parede posterior do estômago com o gânglio celiaco permite seguir, atentamente, o trajeto da agulha, minimizando o risco de complicações e aumentando a eficácia do bloqueio. Diarreia e hipotensão são efeitos secundários comuns, após a neurólise do plexo celiaco (NPC), geralmente de curta duração. Caso clínico: homem, 80A, diagnóstico de colangiocarcinoma há 18 meses. Primeiro internamento por colangite obstrutiva. Realizada EUS com identificação da via biliar principal de parede espessada e irregular no terço distal, sem plano de clivagem com a veia porta. CPRE com colocação de prótese metálica biliar. Quatro internamentos por colangite com obstrução da endoprótese biliar e necessidade de colocação de nova prótese. Apresentava bom estado geral com boa qualidade de vida. Há cerca de ½ ano iniciou terapêutica da dor com opióides – Sulfato de morfina 20mg/dia, com aumento progressivo da dose até 90mg/dia, mantendo, contudo, episódios de dor intensa. Pela primeira vez, parecia deprimido, desmotivado com declínio abrupto da sua qualidade de vida. Atendendo à necessidade de doses crescentes de opióides sem controle efectivo da dor e ao aparecimento de efeitos secundários, foi proposta NPC. Utilizando ecoendoscópio linear, foi realizada NPC com injeção de bupivacaína e álcool 98%. Após o procedimento, apresentou melhoria das queixas algícas permitindo redução gradual da dose de opióide administrada. Durante 3 dias apresentou diarreia. Actualmente, mantém seguimento na consulta da Dor, estando medicado com morfina 30mg, sem queixas algícas. A realização de NPC por este método é mais segura, minimizando potenciais complicações. Proporciona analgesia máxima às 2 semanas que se prolonga por cerca de 2 meses, limitando os efeitos secundários dos opióides. A NPC pode manter a qualidade de vida de forma mais eficaz que outras alternativas no tratamento paliativo da dor.

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano

160**IMPORTÂNCIA DA ANESTESIA OROFARÍNGEA NA PREPARAÇÃO PRÉ-ENDOSCÓPICA**

Luis Tomé; Vera Costa Santos; Carlos Gregório; Pedro Amaro; Gabriela Duque; Hermano Gouveia; Maximino C.Leitão

A endoscopia digestiva alta (EDA) é um importante método diagnóstico e terapêutico. É normalmente descrita como um exame desconfortável para o doente. A anestesia tópica orofaríngea usa-se com o suposto propósito de diminuir este desconforto. Pretendeu avaliar-se a tolerância e a facilidade de execução de uma EDA efectuada com ou sem anestesia prévia da orofaringe, em doentes não sedados. Num estudo randomizado, controlado por placebo e prospectivo, incluíram-se 100 doentes aleatoriamente divididos em dois grupos: um grupo a quem foi administrada lidocaína em gel e um grupo que recebeu um placebo. As condições de administração dos produtos não eram controladas ou seja ficava ao critério do pessoal de Enfermagem o momento e o tempo de aplicação. Não se verificaram diferenças demográficas ou clínicas entre os grupos mas a patologia psiquiátrica era mais frequentes no grupo da lidocaína ($p = 0.028$). Os doentes toleraram o procedimento com idêntica facilidade em ambos os grupos. Os doentes com antecedentes psiquiátricos toleraram melhor o exame quando lhes era administrada previamente lidocaína ($p = 0.03$). Apenas um executante considerou mais fácil a execução no grupo da lidocaína ($p = 0.033$). Dos dois restantes, um considerou o exame tecnicamente mais fácil no grupo placebo e o outro não encontrou diferenças entre os grupos. Contudo, analisando a avaliação da execução por parte dos três executantes no geral e dos dois mais experientes em particular, não se verificaram diferenças nos grupos da lidocaína e placebo. Os executantes não encontraram dificuldades acrescidas nos doentes com antecedentes psiquiátricos. Em doentes submetidos a endoscopia digestiva alta sem sedação a anestesia tópica orofaríngea com lidocaína em gel, administrada de forma não controlada, não fornece benefícios no bem-estar dos doentes ou na facilidade com que o executante trabalha. Não se recomenda a sua utilização.

Serviço de Gastroenterologia. HUC

161

DRENO ABDOMINAL PERDIDO

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

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino com 53 anos, submetido a uma laparotomia exploradora em 2003 na sequência de um acidente de viação de que resultou politraumatismo, incluindo traumatismo abdominal fechado grave. Verificou-se intra-operatoriamente a existência de transsecção do pâncreas, tendo sido efectuada uma pancreato-jejunosomia. Por persistência de hemorragia foi re-operado e efectuada pancreatectomia caudal. O pós-operatório foi prolongado, com necessidade de numerosas revisões laparoscópicas e colocação sucessiva de drenos na cavidade abdominal. No decorrer do internamento verificou-se uma evolução para um quadro de peritonite fecalóide por perfuração do cólon, complicada de fistula entero-cutânea, que foi diminuindo o seu débito progressivamente até encerrar. O doente foi também submetido a múltiplas intervenções cirúrgicas do foro ortopédico; em 2006 foi detectado um valor de hemoglobina de 5g/dL na avaliação pré-operatória de uma cirurgia ortopédica electiva. No contexto da investigação da anemia foi solicitada uma enteroscopia por cápsula, que revelou um corpo estranho compatível com dreno cirúrgico no intestino delgado proximal, bem como edema, congestão e várias erosões da mucosa adjacente.

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

162

TUMOR NEUROENDÓCRINO – CONTRIBUTO DA CÁPSULA PARA O DIAGNÓSTICO

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

Apresenta-se o caso de um doente de 59 anos do sexo masculino, sem antecedentes patológicos de relevo, referenciado à consulta hospitalar por apresentar múltiplas formações nodulares localizadas na raiz do mesentério, a maior com 4 cm de diâmetro, detectadas numa ecografia abdominal solicitada pelo médico assistente por queixas de desconforto abdominal e mal-estar geral inespecíficos.

Procedeu-se a realização de TAC e posteriormente ressonância magnética do abdómen, que confirmaram a localização, dimensão e multiplicidade das lesões. Foi submetido a laparoscopia diagnóstica, entretanto convertida em laparotomia com exérese do nódulo de maiores dimensões. O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de uma metástase ganglionar de carcinoma neuro-endócrino. Foi realizada uma endoscopia digestiva alta que não revelou alterações e colonoscopia que apenas mostrou diverticulose do cólon sigmóide. Foi então solicitada a realização de enteroscopia por cápsula, que mostrou a nível do íleon distal uma neoformação ulcerada de bordos elevados, ultrapassada pela cápsula no decorrer do exame. O doente foi submetido a enterectomia segmentar e excisão das metástases ganglionares do mesentério. O exame anatomo-patológico da peça cirúrgica revelou um tumor neuroendócrino bem diferenciado de baixo grau de malignidade invadindo toda a espessura da parede e tecido adiposo adjacente. As margens cirúrgicas interessavam tecido são e foi observada uma metástase num dos quatro gânglios ressecados.

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

163**EXTRACÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPOS ESTRANHOS PERIGOSOS**Nunes ACR, Bastos RP, C Costa Santos

Introdução: A endoscopia digestiva alta (EDA) contribuiu, decisivamente, para a remoção de corpos estranhos do tubo digestivo com elevada segurança e taxa de sucesso. O conhecimento das características do corpo estranho e sua localização, determinam a necessidade ou não da sua remoção endoscópica, o momento apropriado para a sua intervenção, o material a usar e os cuidados a ter.

Objectivos: Apresentar e descrever variados métodos de remoção por endoscopia digestiva de corpos estranhos perigosos no tracto digestivo superior.

Material e Métodos: Quatro doentes admitidos no Serviço de Urgência para remoção por EDA de: 1) lâminas de barbear, 2) pilhas alcalinas alojadas no estômago, 3) blister pontiagudo em esófago com varizes 4) volumosa espinha de peixe triangular ocultada por pedaço de carne encravados no esófago distal.

Necessidade de recurso a "overtube" em 75% dos doentes. Usada sedação com midazolam em 3 doentes e com propofol® num doente.

Resultados: Incluídos 3 homens e 1 mulher com idade média de 55,25±24,9 (33-87); a taxa de sucesso foi de 100%, sem complicações ou intercorrências. Não houve necessidade de internamento hospitalar.

Conclusões: A EDA permitiu a extração segura de corpos estranhos variados e perigosos, sendo possível evitar-se o recurso a cirurgia que apresenta maior morbidade e exige internamento hospitalar.

Serviço de Gastroenterologia – Hospital São João - Porto

164**IMPORTÂNCIA DA ECOGRAFIA ENDO-ANAL NO ESTUDO DA DOR ANAL**

Vieira A. M., Castro-Poças F., Lago P., Pimentel R., Pinto R., Areias J.

Objectivos do trabalho: Avaliar a importância da ecografia endo-anal no diagnóstico e na abordagem terapêutica da dor anal indeterminada no exame proctológico.

Material: Estudo retrospectivo, por um período de 39 meses (15 de Março de 2005 a 15 de Junho de 2008), de todos os doentes referenciados para ecografia endo-anal, por proctalgia. Foram consultados todos os processos clínicos para registo de informação clínica complementar – sintomatologia associada, antecedentes de patologia e/ou cirurgia ano-rectal, resultados do exame proctológico, de exames endoscópicos baixos e de eventuais estudos funcionais do pavimento pélvico, diagnóstico definitivo, abordagem terapêutica e resposta ao tratamento. Apenas foram incluídos os doentes com exame proctológico normal ou sem alterações clinicamente justificáveis de dor anal.

Sumário dos resultados: No período do estudo, a proctalgia de causa desconhecida ao exame proctológico representou 14% (90 em 652) das ecografias endo-anais realizadas. Analisámos 90 doentes, com idade média de 50,5 ± 14,5 (19-83), 58% do sexo feminino. Trinta e dois doentes (36%) apresentavam doenças anais prévias com necessidade de intervenção cirúrgica, em 22 (69%) casos. Cerca de ¼ dos doentes apresentavam outras manifestações anais concomitantes; a mais frequente foi a disquêzia (38%). A ecografia endo-anal revelou alterações em 49% dos doentes. As principais alterações encontradas foram as alterações esfíncterianas, em 14 doentes, seguido da sépsis anal, em 12 doentes, da fissura anal, em 10 doentes e das lesões perirectais, em 6 doentes. **Conclusões:** A ecografia endo-anal permite detectar lesões orgânicas ocultas ao exame proctológico. Metade dos doentes com proctalgia inexplicada apresentou alterações na ecografia endo-anal. Este exame permitiu estabelecer um diagnóstico definitivo em 29 (32%) doentes. O resultado da ecografia endo-anal determinou uma abordagem cirúrgica em 13 (14%) doentes.

Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António

165

ECOGRAFIA ENDO-ANAL NO ESTUDO DA PROCTALGIA FUNCIONAL

Vieira A. M., Castro-Poças F., Lago P., Pinto R., Pimentel R., Mascarenhas-Saraiva M., Areias J.

Objectivos do trabalho: Identificar as alterações ecográficas encontradas nos doentes com proctalgia funcional. Determinar o impacto destas alterações na abordagem terapêutica dos doentes. Correlacionar os achados ecográficos com as alterações encontradas nos estudos funcionais do pavimento pélvico.

Material: Foram recrutados os doentes que realizaram ecografia endo-anal por proctalgia, no período de 15 de Março de 2005 a 15 de Junho de 2008 – 39 meses. Analisámos os processos clínicos e, apenas, incluímos os doentes com critérios clínicos de dor anal funcional, de acordo com as *guidelines* da Sociedade Americana de Gastroenterologia.

Sumário dos resultados: Foram analisados 23 doentes, 7 (30%) com critérios de proctalgia fugaz e 16 (70%) com dor anal crónica.

A idade média dos doentes foi de 53 anos, 73% do sexo feminino.

A ecografia endo-anal revelou alterações em 5 (22%) doentes, todos eles com dor anal crónica; atrofia do esfíncter anal interno (EAI), em 2 doentes (média: 0,85 mm), aumento da espessura do EAI, em 2 doentes (média: 3,35 mm) e alterações ecoestruturais do esfíncter anal externo (EAE), em 2 doentes. Nenhum destes doentes tinha história de intervenção cirúrgica anal e/ou traumatismo anal prévio. Não se encontraram alterações ecográficas nos doentes com proctalgia fugaz.

A diminuição da sensibilidade rectal foi a principal alteração registada na manometria ano-rectal (39%). Na defecografia, o períneo descendente (39%) e o rectocelo (22%), foram as principais alterações encontradas. Um dos doentes com aumento da espessura do EAI não apresentou alterações na manometria nem na defecografia. Não se encontraram diferenças nos achados manométricos e defecográficos entre os doentes com diferentes alterações ecográficas.

Conclusões: Foram encontradas alterações ecográficas nos doentes com dor anal crónica, o que pode questionar a sua etiologia funcional. A proctalgia fugaz não se acompanhou de alterações ecoestruturais. Não se encontrou correlação entre os achados ecográficos e os estudos funcionais ano-rectais.

Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António

166

DOENÇA DE MÉNETRIER

Chagas C.(1); Barreiras P.(1); Martins A. P.(2); Lebre L.(1); Weigert A.(3); Dickson A.(3); Matos L.(1).

A D. de Ménetrier é uma patologia rara, adquirida, caracterizada pela existência de pregas gigantes do fundo e corpo gástricos, secreção de muco, hipocloridria e hipoproteinemia, sendo considerada uma condição pré-maligna pela maioria dos autores. A causa é desconhecida mas a infecção por CMV nas crianças e por *Helicobacter Pylori* são factores etiológicos possíveis. O TGF- α está possivelmente implicado na sua patogenia. Não existe tratamento adequado e remissões espontâneas são raras excepto nas crianças com infecção por CMV. A gastrectomia reserva-se habitualmente para os casos intractáveis medicamente ou na suspeita de malignidade.

Caso clínico - Homem de 26 anos, caucasiano. Antecedentes Pessoais - Hipertensão arterial. Transplante renal em 2005 por Insuficiência renal crónica terminal por glomerulonefrite crónica, em programa de hemodiálise desde 2004. Em 10/2008 inicia epigastralgias, vómitos alimentares e perda de peso. A endoscopia digestiva alta mostra pregas gigantes do fundo e corpo gástricos, edemaciadas, de aspecto polipóide e não distendendo á insuflação, com abundante presença de muco. A histologia revela marcada hiperplasia foveolar, glândulas tortuosas, algumas quísticas, e faixas de fibras musculares livres no córion que se estendem até á superfície da mucosa, ausência de células neoplásicas. A pesquisa de CMV e HP nas biópsias do fundo, corpo e antro foram negativas. A pesquisa de PCR-CMV na mucosa gástrica foi negativa. Analiticamente não se documentou anemia ou hipoalbuminemia. Gastrina sérica 202 pg/ml (N<115). Foi instituída terapêutica com esomeprazole com excelente resposta clínica mas mantendo os mesmos aspectos endoscópicos após 3 meses de terapêutica.

Será apresentada a videoendoscopia digestiva alta com os aspectos mais marcantes bem como iconografia da histologia.

Serviços de Gastroenterologia (1), Anatomia Patológica (2) e Neurologia (3) do Cen Hospitalar de Lisboa Ocidental - HSC.

167**ECOGRAFIA ENDO-ANAL PREVÊ A RESPOSTA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA INCONTINÊNCIA ANAL**

Marcos Pinto R; Castro Poças F; Cardoso C; Lago P; Mascarenhas Saraiva M; Moreira T; Pimentel R; Pereira G; Areias J

Objectivos

Analisar os resultados obtidos na Ecografia Endo-Anal (EEA) em doentes com incontinência anal e determinar a sua relação com a clínica, manometria anal, terapêutica efectuada e resposta obtida. **Material e Métodos** Foram analisadas 126 EEA efectuadas para o estudo de incontinência anal entre 2004 e 2007. Do total dos exames, retrospectivamente, correlacionaram-se os achados ecográficos com valores manométricos (pressão anal de repouso e pressão de contração voluntária) e a resposta à terapêutica (médica - farmacológica e biofeedback; cirúrgica) em 71 dos 162 doentes.

Resultados

Do total de exames, 78,4% (127) foram efectuados em indivíduos do sexo feminino. Foi evidenciada laceração esfinteriana em 37% (60) doentes. 17% (27) doentes apresentaram alterações ecoendoscópicas compatíveis com miopatia esfinteriana. Não foram encontradas lesões esfinterianas em 74 (45%) dos doentes. Não foi encontrada correlação significativa entre as pressões anais (repouso e contração voluntária) e a presença de lesões esfinterianas na EEA. 68,9% (20) dos doentes com resposta clínica ao biofeedback apresentavam integridade esfinteriana ($p < 0,03$), tendo sido encontrada uma tendência para os doentes com pressão de contração voluntária diminuída responderem positivamente a esta modalidade terapêutica ($p < 0,148$). Apenas 33% (9) dos doentes com laceração esfinteriana responderam ao tratamento não cirúrgico ($p < 0,001$), enquanto 81,6% (31) dos doentes sem laceração esfinteriana responderam a um tratamento não cirúrgico ($p < 0,001$).

Conclusão

Os achados ecográficos e o facto de haver ou não laceração esfinteriana (definida ecograficamente) correlacionam-se fortemente com a resposta ao tratamento cirúrgico e ao biofeedback. Não encontramos uma boa relação entre os achados ecográficos e a manometria ano-rectal, sendo que esta poderá definir os doentes que melhor irão responder ao biofeedback.

Sector de Ultra-Sons. Serviço de Gastroenterologia. Hospital Geral Santo António. Porto

168**AVALIÇÃO RETROSPECTIVA DA "BURIED BUMPER SYNDROME" EM 250 DOENTES CONSECUTIVOS SUBMETIDOS A PEG**

Fonseca J, Santos C, Nunes AS, Sousa R, Loureiro R, Marques PP, Vieira A, Freitas J

Introdução: A PEG tem complicações frequentes, mas a maioria é facilmente tratada. A "Buried Bumper Syndrome" (BBS) é uma complicação inusual, potencialmente grave, evitável pela manipulação cuidadosa da PEG. Resulta da tração do fixador interno, em forma de cogumelo, deslocado do lume gástrico para meio da fistula de gastrostomia, ficando localizado na espessura da parede. **Objectivos:** Avaliar retrospectivamente a ocorrência da BBS em doentes submetidos a PEG, as suas consequências e a terapêutica usada.

Material e métodos: Revisão dos processos da Consulta de Nutrição Entérica (NE). Foram avaliados 250 doentes consecutivos submetidos a PEG.

Resultados: Cinco BBS (5/250 doentes-2%), sem mortalidade associada, todas em internamento, precocemente após colocação de PEG:

D1: Deficiência psicomotora, 5 anos. BBS no sexto dia. Sob orientação endoscópica, foi colocado um fio guia. Tubo retirado através da pele, inserido novo tubo através do abdómen, cuja posição foi confirmada endoscopicamente. Retomou NE às 72 horas.

D2: Atrofia Muscular Espinal, 8 meses. BBS às 6 semanas. Tratada como D1. NE às 24 horas.

D3: Neoplasia laringea, 61 anos. BBS às 4 semanas. Após colocação de fio guia, agarrou-se rebordo do cogumelo e, com tração suave, reposicionou-se no lume. NE às 24 horas.

D4: Neoplasia lingual, 52 anos. Tubo com estrutura em "cesto" no lugar do cogumelo (Kendall®). BBS no quinto dia, aparentemente devida à deformação do sistema. Tratada como o D1. NE às 72 horas.

D5: Neoplasia amigdalina, 57 anos. BBS no nono dia. Tratada como o D1, desenvolveu abcesso, necrose da parede, obrigando a colocação de sonda jejunal e internamento de 3 semanas até cicatrização.

Conclusões: Na nossa experiência, a BBS foi rara, precoce e ocorreu em meio hospitalar, nunca em ambulatório. Sugere erro de manipulação e realça a necessidade de maior formação. Todas foram resolvidas sem cirurgia.

HGO: Serviço de Gastroenterologia/Grupo de Estudo de Nutrição Entérica

169

PÓLIPO GIGANTE DO ÍLEON

Arroja B, Canhoto M, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H, Amado C, Amado S, Coelho M

Homem de 26 anos sem antecedentes patológicos relevantes admitido no Serviço de Urgência por dor abdominal localizada na fossa ilíaca direita acompanhada de múltiplas dejeções líquidas sem sangue e perda ponderal não quantificada. Ao exame objectivo apresentava abdómen com massa palpável na FID. A Tomografia Computorizada detectou lesão endoluminal ao nível do cego sugestiva de neoplasia, aparentemente sem densificação do tecido adiposo nem adenopatias mesentéricas.

Análises revelaram hemograma, bioquímica hepática e renal e marcadores tumorais normais.

Colonoscopia com ileoscopia terminal destacou volumosa formação polipóide ocupando o cego, ulcerada e nacarada, dura ao toque, na dependência de um dos bordos da válvula ileo-cecal; íleon terminal e válvula ileo-cecal com ulcerações. Biópsias transendoscópicas inconclusivas.

O doente foi submetido a cirurgia laparoscópica com hemicolectomia direita, tendo o estudo anátomo-patológico da peça operatória revelado tratar-se de um volumoso pólio fibróide inflamatório do íleon.

Apresenta-se iconografia endoscópica, laparoscópica e imagiológica.

Hospital de Santo André, EPE, Leiria

170

JEJUNOSTOMIAS PERCUTÂNEAS ENDOSCÓPICAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO ONCOLÓGICO

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

Introdução: As gastrostomias e jejunostomias percutâneas endoscópicas (PEG e PEJ) são opções para suporte nutricional de longa duração. São procedimentos seguros, com baixa mortalidade relacionada com o procedimento (2%), com taxa de complicações maior situada entre 0,4 e 8,4% e menor entre 13 e 43%, e com taxa de sucesso superior a 95%. A escolha de uma jejunostomia em detrimento de gastrostomia para alimentação entérica é efectuada tendo em conta a presença de determinadas co-morbilidades. Objectivo: Descrever a experiência em jejunostomias percutâneas endoscópicas (PEJ) numa instituição de referência em oncologia. Métodos: Estudo retrospectivo de série consecutiva de doentes submetidos a PEJ desde Setembro de 2005 até Dezembro 2008. Resultados: Descrição dos doentes: Todos os doentes (n=14) apresentavam neoplasias: 8 (57%) do foro ORL; 1 (7%) esofágica; 3 (21%) gástrica; 2 (14%) outras, com mediana de idades de 57 anos (min=11; máx=85), 11 eram homens (79%). Indicações para alimentação entérica: obstrução (esofágica/gástrica) – 5 (36%); odinofagia por mucosite rástica - 5 (36%); profilaxia de desnutrição por mucosite – 1 (7%); desnutrição – 3 (21%). Indicações para PEJ (vs PEG): cirurgia gástrica – 8 (57%); Invasão/obstrução gástrica por tumor - 3 (21%); Dismotilidade gástrica - 2 (14%); Invasão/obstrução duodenal por tumor pancreático - 1 (7%). Taxa de sucesso: Foram conseguidas 15 em 17 tentativas de jejunostomia (88%). Complicações e sobrevivência: Complicações maior: 1 (7%) - exteriorização precoce de sonda; Complicações menor: 5 (31%) – duas infecções do estoma, duas deteriorações da sonda/tampa, e uma diarreia. A mortalidade aos 30 dias foi de 15%, não directamente relacionada com o procedimento endoscópico. Conclusão: Embora esta seja uma séria pequena de casos, podemos concluir que este procedimento apresenta-se como opção em doentes com indicação para alimentação entérica, tendo-se reportado uma mortalidade aos 30 dias e uma proporção de complicações semelhantes à descrita na literatura.

Serviço de Gastroenterologia do IPO Francisco Gentil -Porto.

171**“CAP” POLIPOSIS – UMA CAUSA RARA DE RECTORRAGIA.**

Cardoso E, Afonso M, Dinis-Ribeiro M, Henrique R, Pimentel-Nunes P, Brandão C, Mesquita N, Silva R, Moreira-Dias L.

Introdução: A “Cap” poliposis é uma entidade nosológica rara, que surge habitualmente no contexto de dismotilidade cólica e que na maioria dos casos se manifesta por diarreia muco-sanguinolenta. Caracteriza-se pela presença de um ou vários pólipos inflamatórios de aspecto congestivo, revestidos por um “cap” de exsudado fibrino-purulento, localizados preferencialmente no recto-segmoide. Embora a recorrência seja o curso clínico habitual, em alguns casos a resolução espontânea pode ocorrer. **Caso clínico:** Os autores relatam o caso de uma mulher de 49 anos enviada para a Instituição por pólipos do cólon identificado em colonoscopia, no contexto de rectorragias e história familiar de carcinoma colo-rectal. Realizou colonoscopia total, onde se identificou pólipo séssil com 20mm diâmetro, imediatamente proximal à linha ano-pectínea. Foi efectuada polipectomia com ansa diatérmica após injeção de adrenalina, sem intercorrências. Identificou-se ainda um pólipo séssil de 4mm aos 4cm da margem anal, removido com ansa mas não recuperado. O exame histopatológico mostrou “pólipo inflamatório com numerosas criptas hiperplásicas e tortuosas, revestido por tecido de granulação e exsudado fibrinoleucocitário, com abundante infiltrado inflamatório polimórfico e presença de numerosas fibras musculares lisas na lâmina própria, associado a moderada hiperplasia da muscularis mucosa”. Estes aspectos morfológicos eram compatíveis com “cap” poliposis ou pólipo inflamatório mioglandular (IMP). Até à data, num tempo de follow up de 3 meses, a doente não teve recorrência das rectorragias. **Discussão:** Vários tipos de pólipos inflamatórios podem surgir no contexto de dismotilidade cólica, nomeadamente a “cap” poliposis e o IMP. O diagnóstico diferencial entre as 2 entidades é feito com base em critérios morfológicos (séssil/pediculado; múltiplo/único) e histopatológicos (presença/ausência de “cap”). Em virtude disto, neste caso, foi assumido o diagnóstico de “cap” poliposis.

Serviço de Gastroenterologia - IPO Francisco Gentil - Porto

172**HEMATOMA ESOFAGICO ESPONTANEO COM FOLLOW UP ENDOSCOPICO**Marcos Pinto R.; Caetano C; Castro Ferreira J; Areias J.

INTRODUÇÃO: O Hematoma intramural esofágico é uma forma rara de lesão esofágica. Pode ocorrer espontaneamente (mais raro) ou pode ser secundário a esclerose das varizes, dilatação esofágica, impaction alimentar ou coagulopatia. Pode apresentar-se como uma dor súbita retroesternal ou dorsal, hematemesa, disfagia ou odinofagia. Apesar da exuberante apresentação, a maioria dos pacientes tem resolução com medidas conservadoras. A Endoscopia Digestiva Alta é a modalidade diagnóstica, e pode mostrar uma massa vermelho/violácea. A biopsia dessas lesões deve ser evitada por devido ao evidente risco de hemorragia. O modo habitual de tratamento é a atitude conservadora. **CASO CLÍNICO:** Apresenta-se o caso de um doente do sexo feminino, 51 anos, sem história médica relevante, sem medicação habitual, que se apresenta com disfagia aguda para alimentos sólidos. Nega qualquer dor abdominal ou febre, assim como história prévia de disfagia ou uso recente de aspirina ou outros AINE'S. Exames auxiliares de diagnóstico (coagulação e plaquetas) com valores normais. Foi efectuada Endoscopia Digestiva Alta, que mostrou na parte superior do esôfago uma elevação longitudinal vermelho-azul com 4 cm de extensão, obliterando ¼ do lúmen esofágico, sem evidência de corpo estranho ou outras alterações. Foi abordado como sendo um Hematoma Esofágico Espontâneo. Realizou Tomografia Axial, a qual não apresentava alterações além da colecção hemática intramural esofágica. Foi tomada atitude conservadora, com resolução do hematoma documentada endoscopicamente durante internamento. Apresenta-se o caso pela raridade e pela documentação iconográfica das várias fases de resolução do hematoma.

Serviço de Gastroenterologia. Centro Hospitalar do Porto

173

ENDOSCOPIA COM CAPSULA PILLCAM® COLON (EPC) NA DETECÇÃO DE PÓLIPOS COLORECTAIS

Cardoso H., Figueira P., Bastos P., Marques M., Santos C.

A utilização da EPC continua a ser estudada. Têm sido testados diferentes protocolos para melhorar a os resultados na detecção de lesões, bem como o conforto e a tolerância dos doentes.

OBJECTIVOS

Avaliar a sensibilidade da EPC na detecção de pólipos do cólon, comparada com a colonoscopia. Comparar dois protocolos de EPC para avaliar a preparação e tempos de trânsito da cápsula no tubo digestivo.

MATERIAL

Em doentes adultos com pólipos diagnosticados em colonoscopia obtivemos consentimento para realização de EPC, colonoscopia total e polipectomia. Leitura por dois médicos com experiência na videoenteroscopia, de forma independente. Grupo A: protocolo do estudo europeu multicêntrico (Endoscopy 2006;38:971-7). Grupo B: protocolo idêntico com redução das doses de estimulação às 2h e 6h para 22,5 mL de fosfato dissódico cada.

RESULTADOS

Foram incluídos oito doentes no Grupo A e sete no Grupo B. Os tempos médios de trânsito (T) foram: Grupo A - T exame 5h46' (±1h37'), T cólon 3h05' (±1h42'), T cólon direito 39' (P25 - 3', P75 - 1h30'); Grupo B - T exame 6h08' (± 2h17'), T cólon 2h56' (± 1h51'), T cólon direito 1h12' (P25 - 13', P75 - 2h). A qualidade da preparação foi semelhante. A sensibilidade na detecção de cada pólipos foi em média 65%, sendo de 68% para o médico 1 e 62% para o médico 2. A sensibilidade para detecção dos pólipos >6 mm foi de 78% para ambos os investigadores.

CONCLUSÕES

A sensibilidade observada foi semelhante à dos estudos publicados, demonstrando a reprodutibilidade da técnica. Constatou-se uma grande diversidade nos tempos de trânsito nos doentes estudados, sobretudo no cólon direito. No entanto no grupo B verificou-se um T cólon direito superior. Esta diversidade sugere uma resposta variável à estimulação com fosfato dissódico.

Serviço de Gastroenterologia, Hospital S. João.

174

UTILIDADE DA ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO (EDB) NO DIAGNÓSTICO E DECISÃO TERAPÉUTICA AVALIADA PELOS MÉDICOS ASSISTENTES DOS DOENTES

Serrano M, Mão de Ferro S, Dias Pereira A, Nobre Leitão C

Introdução: A EDB permite a observação do intestino delgado, colheita de material para histologia e terapêutica endoscópica. Contudo, a percepção da utilidade da técnica pelos executantes é provavelmente diferente da percebida pelos médicos assistentes. **Objectivos:** Avaliar a utilidade da EDB no manejo clínico dos doentes (diagnóstico, decisão terapêutica e eficácia da terapêutica endoscópica). **Material e métodos:** Através de um questionário enviado aos médicos assistentes dos doentes referenciados para EDB, avaliou-se o impacto da técnica no diagnóstico, modificação de decisão terapêutica e eficácia da terapêutica endoscópica realizada. **Resultados:** Dos 55 inquéritos enviados, obtivemos 43 respostas (78%). A realização da EDB foi considerada importante para o diagnóstico em 34/43 casos (73.9%), permitindo confirmar o diagnóstico prévio em 20, avaliar a extensão da doença em 9, colher material para histologia em 14, excluir diagnósticos prévios em 3 e estabelecer um novo diagnóstico em 11. Embora a detecção de lesões no delgado se correlacione com a importância do exame para o diagnóstico, observamos que em 2 doentes com EDB normal o clínico considerou o exame relevante por exclusão de um diagnóstico prévio e que em 5 doentes a patologia diagnosticada foi considerada irrelevante. Em 29 (63%) doentes o exame permitiu alteração da terapêutica médica (7), decisão para cirurgia (8) e terapêutica endoscópica (14).

Quando efectuada, a terapêutica endoscópica permitiu o controlo parcial da situação clínica em 10 (incluindo 4 casos de polipectomias em S. Peutz Jeghers) e resolução completa do quadro em 3 casos. Nos doentes com hemorragia digestiva média o tratamento endoscópico permitiu uma melhoria do nível de hemoglobina em 7/8 (87,5%), redução da necessidade de suporte transfusional em 5 e de terapêutica marcial em 3. **Conclusões:** A EDB foi considerada pelos métodos assistentes como uma técnica útil para o diagnóstico e decisão terapêutica em indivíduos com patologia do intestino delgado.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

175**RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA E FOLLOW-UP DE GRANDES PÓLIPOS SÉSSEIS COLO-RECTAIS**

Rolanda C. Carvalho J, Lamelas J, Soares J, Ferreira A, Caetano AC, Gonçalves R, Lopes S, Machado A, Pereira P, Rodrigues M, Pardal F, Acedo G

Introdução: Os grandes pólipos sésseis colo-rectais eram tradicionalmente tratados por cirurgia. Mas, a abordagem endoscópica com mucosectomia, nomeadamente em piecemeal é cada vez mais utilizada. Este método associa-se a taxas de recidiva que podem atingir os 22%, mas não estão definidas guidelines para follow-up.

Objectivo: Apresentar a experiência do Serviço no que respeita às complicações da técnica, follow-up, taxas de recidiva e sucesso terapêutico.

Material&Métodos: Conduziu-se um estudo prospectivo em 48 doentes com pólipos sésseis ou planos, com 20mm, submetidos a mucosectomia entre Janeiro/2007 e Março/2009. A técnica usada foi uniforme – “lift and cut” com aplicação de argon plasma no final. O follow-up estabelecido foi de 1 ano, com 3 avaliações endoscópicas (6 semanas, 3-6 meses, 12 meses) usando NBI e biópsia da cicatriz.

Resultados: Em 48 doentes (30♂/18♀.), dos 42 aos 86 anos, foram ressecadas 50 lesões, com uma dimensão média de 39,7 mm (entre 20 e 100), 37% do recto, 34% do cólon direito e 29% do cólon esquerdo. Apenas 7 doentes ficaram em vigilância 12-24h pós-procedimento. Ocorreu hemorragia com necessidade de reavaliação em 4 casos, delatada com técnicas endoscópicas; não ocorreram outras complicações. Quatro doentes foram orientados para cirurgia por carcinoma invasor. A vigilância de 1 ano está completa em 27 das lesões, 14 doentes fizeram 2 controlos e os restantes 9 apenas o 1º controlo endoscópico. Até ao momento, a taxa de recidiva ao 1º, 2º e 3º follow-up foram 14%, 2,5% e 0% respectivamente.

Conclusão: Com uma selecção das lesões e técnica adequadas, pode considerar-se a mucosectomia em piecemeal uma opção segura e eficaz para exérese da maioria das lesões sésseis. O follow-up é importante no retratamento precoce em caso de recidiva.

Serviço de Gastroenterologia
Hospital de São Marcos - Braga

176**VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA - ACUIDADE DIAGNÓSTICA E IMPLICAÇÕES NA TERAPÉUTICA E PROGNÓSTICO - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA**

Ricardo L., Martins A., Félix J., Deus J.

A videocápsula endoscópica (VCE) veio revolucionar a investigação da patologia do intestino delgado, permitindo, em alguns doentes, interferir na sua abordagem terapêutica e prognóstica. Contudo os estudos de “outcome” nesta área são ainda escassos.

Objectivos: Avaliar as indicações e a acuidade diagnóstica da VCE e implicações na atitude terapêutica decorrentes da sua realização.

Material e métodos: Estudo retrospectivo respeitante ao primeiro ano (2008) de utilização da VCE num serviço de Gastroenterologia.

Resultados: Total de 45 procedimentos, em 43 doentes (2 repetições), sendo 51% do sexo feminino (n=22). As indicações para a realização do exame foram: Hemorragia digestiva obscura (HDO) oculta/anemia ferropénica – 61% (n=26); HDO manifesta – 26% (n=12); outras indicações – 11% (n=5 - suspeita de Doença de Crohn do Intestino Delgado n=2; Síndrome de Peutz-Jeghers n=2; pesquisa de varizes do Intestino Delgado n=1). A acuidade diagnóstica global foi 65%, sendo de 83% na HDO manifesta (n=10) e de 54% na anemia ferropénica (n=14). A prevalência dos achados relevantes foi a seguinte: Alterações inflamatórias (erosões, úlceras, estenoses) - 32% (n=14); Angiodisplasias - 16% (n=7); Pólipos - 9% (hamartomatosos n=3; pólipos inflamatórios fibróides n=1); Tumores - 7% (GIST n=2; Sarcoma n=1). Do total de exames diagnósticos 54% motivaram uma atitude terapêutica específica. Todos os procedimentos decorreram sem intercorrências, sem nenhum caso de retenção da cápsula. **Conclusões:** A acuidade diagnóstica global da VCE foi elevada, sendo superior nos casos de HDO manifesta. Teve implicação directa na terapêutica em mais de metade dos exames diagnósticos, com impacto favorável no prognóstico dos doentes.

Hospital Fernando Fonseca

177

ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL – EXPERIÊNCIA DE 1 ANO

Moutinho-Ribeiro P., Cotter J.

Objectivo: Estudo descritivo da experiência na realização de ecoendoscopia (EE) digestiva radial; caracterização da população estudada, tipo de exame, principais indicações, achados diagnósticos e enquadramento na estratégia de orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes. **Métodos:** Análise retrospectiva dos 12 meses iniciais das EE efectuadas (1/4/2008 a 31/03/2009). Equipamento: ecoendoscópio radial Olympus GF-UE160-AL5 e ecógrafo ALOKA alfa-10. Os exames ecoendoscópicos baixos (EEB) compreenderam, quase sempre, a realização adicional de ecografia endoanal com sonda rectal rígida radial ALOKA ASU-67, para melhor avaliação das estruturas do canal anal. Os exames ecoendoscópicos altos (EEA) foram realizados sob sedoanalgesia. **Resultados:** Foram realizadas 138 EE digestivas, das quais 96 (69,6%) foram EEA e 42 (30,4%) EEB. **População estudada:** 67 homens e 71 mulheres, com idade média de 59,4±14,7 anos. **Principais indicações das EEA:** avaliação de lesões subepiteliais/compressões extrínsecas- 81(84,3%); estadiamento de neoplasia esofágica- 9(9,3%); estadiamento de linfoma gástrico- 1(1,1%); outras- 5(5,3%). **Principais indicações das EEB:** estadiamento de neoplasia do recto- 29(69,0%); estadiamento de neoplasia do canal anal- 1(2,4%); avaliação de processo supurativo/fistuloso- 7(16,7%); avaliação de lesão subepitelial/compressão extrínseca-1 (2,4%); outras- 4(9,5%). Não se registaram complicações, quer associadas ao exame, quer ao acto anestésico. Em 14 (10,1%) dos 138 exames, os achados diagnósticos tiveram indicação para estudo complementar com minsonda de alta frequência e/ou realização de punção aspirativa com agulha fina. **Conclusões:** Nos 12 meses iniciais após a implementação da EE radial, verificou-se, no número de exames realizados, um marcado predomínio das EEA. Nestas, a principal indicação foi o estudo das lesões subepiteliais do tubo digestivo, enquanto as EEB consistiram maioritariamente no estadiamento de neoplasias. Em 89,9% dos doentes, a EE radial foi suficiente para a orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes, justificando assim, na nossa opinião, a sua crescente implementação em alguns Serviços de Gastroenterologia.

Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães, Serviço de Gastroenterologi

178

A ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALAO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA

Monsanto P., Almeida N., Figueiredo P., Lopes S., Gouveia H., Leitão M.C.

Introdução: O diagnóstico e a terapêutica da hemorragia digestiva média (HDM) afiguram-se problemáticos, atribuindo-se à enteroscopia de duplo balão (EDB) um valioso papel na sua abordagem. **Objectivos:** Avaliar o impacto diagnóstico e terapêutico da EDB na HDM no período de 1/2005-12/2008. **Doentes e Métodos:** Incluídos 55 doentes (35 H; média etária 69,2±12,9 anos), submetidos a EDB com o intuito de realizar: hemostase em lesões já detectadas pela cápsula endoscópica (CE) (27 doentes), estudo complementar em HDM não esclarecida (26) ou biopsias em lesão sangrante (2). Oito (14,5%) doentes sem enteroscopia prévia por CE. Nos doentes submetidos a terapêutica foram contabilizadas o número de transfusões e as unidades transfusão/tempo pré e pós procedimento. **Tempo médio de seguimento pós-EDB-21,4±13,3 meses. Resultados:** Efectuados 73 exames (1-3; média 1,3/doente) com sedação em 90,9% dos casos. **Via de abordagem:** oral-40; anal-7; oral e anal-7; oral+ileostomia-1. **Segmento alcançado:** ileon-39; jejuno-14; enteroscopia total-2. **Encontradas lesões em 43 doentes (angiодisplasias-30, úlceras-9, lesão submucosa-3, hemorragia activa-2, enteropatia-2, neoplasia-1, varizes cólicas-1). Registou-se concordância com os achados da CE em 74,5% dos casos. Realizada hemostase endoscópica em 30 doentes (54,5%) e efectuadas biopsias em 9 (inflamação inespecífica-2, adenocarcinoma-1; tumor neuroendócrino-1, GIST-1, sem alterações-4). Complicações:** pancreatite aguda ligeira-1; paragem respiratória reversível-1. **Dos 30 doentes submetidos a terapêutica ocorreu recidiva em 53,3% com redução do número de unidades transfundidas (25±17,1 vs 15,6±8,6; p=0,244) mas aumento do número de unidades/mês (2±1,6 vs 2,7±4,5; p=0,425). Nova EDB em 7 dos doentes com recidiva, com atitude terapêutica em 5. Ocorreram 16 óbitos durante seguimento, 6 em relação com hemorragia. Conclusões:** A EDB é um método útil e importante no diagnóstico e na terapêutica da HDM, permitindo uma atitude terapêutica em 54,5% dos casos, sendo eficaz em quase metade destes. Existe elevada concordância entre os achados encontrados na CE e EDB. A EDB deverá ser considerada um método terapêutico complementar da CE.

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

179**A ECOENDOSCOPIA NOS MEANDROS DAS LESÕES SUBEPITELIAIS GÁSTRICAS**

Moutinho-Ribeiro P., Cotter J.

Objectivo: Analisar as características de uma série de lesões subepiteliais gástricas (LSG) diagnosticadas por Ecoendoscopia (EE), consecutivamente, ao longo de 12 meses. **Métodos:** Das 96 EE altas efectuadas entre 04/2008 e 03/2009, em 46 (47,9%) foram diagnosticadas LSG. Descrevem-se as indicações para a EE, e analisam-se as características da população e das LSG, bem como a orientação pós-exame. Equipamento: ecoendoscópio radial Olympus GF-UE160-AL5 e ecógrafo ALOKA α -10. Análise estatística (SPSS): diferenças entre médias- T de Student e One-way-anova; diferenças nas proporções entre grupos- teste Qui². Significado estatístico: $p < 0,05$. **Resultados:** Indicações para EE: suspeita por endoscopia-35(76,1%); controlo de LSG já diagnosticada -9(19,6%); suspeita por TAC-2(4,3%). População estudada: 11 homens com idade média de 53,7 \pm 15,3 anos e 35 mulheres com 55,1 \pm 14,0 anos ($p=NS$). Diagnóstico EE provável: Tumor do estroma (TE)-18(39,1%); Pâncreas ectópico (PE)-13(28,3%); Lipoma-9(19,6%); Lesão indefinida- 6(13,0%). Tamanho médio: 10,5 \pm 7,1mm; Localização: Cárdia-4 (8,7%); Fundo-6(13,0%); Corpo-11(23,9%); Antro-25(54,3%). Camada de origem: Submucosa (Sm)-22(47,8%); Muscular própria(Mp)-18(39,1%), Sm e Mp-6(13,0%); Orientação pós-exame: PAAF/Cirurgia-8(17,4%); Controlo por EE-17(37,0%); Nenhuma- 21(45,7%); Verificámos uma associação estatisticamente significativa entre o Diagnóstico EE e a Localização ($p < 0,05$), a Camada de origem ($p < 0,05$) e a Orientação pós-exame ($p < 0,05$), mas não com o sexo do doente ($p=NS$). A média de idades foi diferente ($p=0,01$) consoante o tipo de Diagnóstico EE, o mesmo não se verificando com a média do tamanho das lesões ($p=NS$). **Conclusões:** Nesta série, verificámos um predomínio de doentes do sexo feminino. As LSG, de tamanho médio 10,5mm, localizaram-se mais frequentemente no antro (exceptuando os TE, com distribuição mais homogénea). Os diagnósticos EE mais frequentes foram os TE (Mp) e os PE (Sm ou Sm+MP). Estes últimos foram diagnosticados em doentes com idade significativamente mais jovem. 17,4% dos casos foram referenciado para PAAF/Cirurgia (75% correspondendo a lesões da submucosa de características indefinidas).

Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães, Serviço de Gastroenterologia

180**BALÃO INTRAGÁSTRICO BIOENTÉRICO (BIB) PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE: EFICÁCIA AOS 2 ANOS APOÓS EXTRACÇÃO**

Leite S, Rodrigues A, Proença L, Almeida R, Alves M, Lacerda I, Quintas M, Céu S, Carvalho J, Fraga J.

Introdução: Cerca de 1/3 da população mundial é considerada obesa ou com excesso de peso. Estudos epidemiológicos indicam que uma perda de peso na ordem dos 10%-15% previne ou reduz o risco de doenças cardiovasculares, diabetes e morte prematura.

Objectivo: Avaliar a eficácia do BIB no tratamento da obesidade ao fim de 2 anos após extracção.

Doentes e métodos: Foi colocado o BIB numa população de 137 obesos (97M e 40H), com idade média de 41,4 anos, com IMC médio de 40,6 kg/m². Antes da colocação do BIB todos os doentes (d) foram observados em consultas de Gastroenterologia, Endocrinologia, Nutrição e Psicologia. Após a colocação, foram submetidos a uma dieta de 1100 Kcal/dia e avaliados periodicamente por Nutrição e Psicologia. A extracção do BIB efectuou-se aos 6 meses. Seguiram-se consultas de apoio de Nutrição ao fim de 3 meses, 6 meses, 12 meses e 24 meses.

Resultados: Abandono do acompanhamento: 67 doentes (48M e 29H); 5d antes da extracção, 34d na extracção, 15d 6 meses após a extracção e 13d 12 meses após a extracção.

	à data da extracção	6 meses após a extracção	12 meses após a extracção	24 meses após a extracção
Perda de peso média H	15,6Kg	13,7Kg	10,8Kg	9,7Kg
Perda de peso média M	21,7Kg	14,9Kg	14,7Kg	15,7Kg

Conclusões: 1) O tratamento da obesidade com BIB revelou-se eficaz após 2 anos da extracção, com perda de peso de cerca de 10% nas M e 13% nos H. 2) O estudo sugere que devem ser tomadas medidas no sentido de evitar o abandono e aumentar a perda de peso sustentada, principalmente na data da extracção do BIB.

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E.

181

AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DA EFICÁCIA DA COLOCAÇÃO DE PRÓTESES ESOFÁGICAS METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS PARA PALIAÇÃO DO CARCINOMA DO ESÓFAGO

Fidalgo C., Silva R., Serrano M., Mão de Ferro S., Lage P., Dias Pereira A., Nobre Leitão C.

INTRODUÇÃO: As próteses metálicas expansíveis (PME) são uma forma de palição da disfagia em doentes com carcinoma do esófago (CE).
OBJECTIVOS: Avaliar: 1) eficácia e complicações das PME na palição da disfagia em doentes com CE; 2) repercussão sobre estado nutricional; 3) sobrevivência dos doentes. **DOENTES E MÉTODOS:** Estudo prospectivo de seguimento dos doentes com CE submetidos a colocação de PME entre Abril/2008 e Março/2009. Avaliação das características do doente, procedimento e estado nutricional de base. Avaliação prospectiva (2/2 semanas até à 8ª, 4/4 semanas até à 24ª e depois mensal) da evolução do grau de disfagia e peso durante follow-up (FU). Estatística: χ^2 (STATA 8.0). **RESULTADOS:** Incluídos 25 doentes consecutivos, 20H, 5M, média de idades de 65 anos (38-93). Colocadas com sucesso 27 próteses/25 doentes. Melhoria da disfagia no total dos casos (score 3 para 1, $p=0,0007$), aspecto perdido ao longo das semanas. Necessária palição complementar da disfagia em 5 doentes (1-PEG e 4-SNG). Complicações em 9 doentes: precoces em 5: 1-HDA, 1-pneumonia, 1-taquidírritmia e 2-perfuração (associados a dilatação com $savary \geq 12$, $p=0,02$ resolvidas com tratamento médico); tardias em 4: 1-HDA, 2-obstrução por tecido de granulação e 1-impacto alimentar). O índice de massa corporal (IMC) inicial era 20 ± 5 Kg/m² e o peso inicial era 58 ± 16 Kg, com variação do IMC para 20 ± 5 e 21 ± 6 Kg/m² e do peso para 58 ± 15 Kg e 56 ± 16 Kg, ao fim de 4 e 8 semanas respectivamente. O tempo de FU médio foi de 69 ± 64 dias. 11/25 morreram (sobrevivência média de 59 ± 38 dias, 10-133 dias) e permanecem vivos 12/25 (sobrevivência média 83 ± 82 dias, 2-243 dias), 2 doentes perdidos para FU. **CONCLUSÕES:** A utilização de PME no CE é uma técnica segura e eficaz na palição da disfagia embora a eficácia diminua com o tempo e não se traduza numa melhoria do estado nutricional.

Serviço de Gastroenterologia – IPOLFG, EPE

182

MELANOMA METASTÁTICO GASTROINTESTINAL: A PONTA DO ICEBERG

Leite S., Rodrigues A., Pinto J., Afonso M., Veloso R., Carvalho J., Fraga J

O melanoma maligno é o tumor mais comum a metastizar para o aparelho digestivo, sendo o intestino delgado o local mais frequente (50%), seguido do cólon (31,3%) e da região ano-rectal (25%). O envolvimento gastrointestinal é diagnosticado antemortem em apenas 1,5% a 4,4% dos doentes com melanoma, enquanto é observado em 60% das autopsias destes doentes. Apresenta-se o caso de um homem de 47 anos, referenciado pela consulta de Pneumologia Oncológica para endoscopia digestiva alta (EDA), para pesquisa de neoplasia primária, no contexto de múltiplos conglomerados volumosos de adenopatias mediastínicas. Desde há 6 meses que o doente referia anorexia, astenia, emagrecimento (16Kg), rouquidão, diminuição da acuidade visual e aparecimento de nódulos cutâneos dispersos por todo o corpo. Mais recentemente dor abdominal difusa, náuseas e vômitos alimentares. EDA: "No antro gástrico, face posterior, formação polipóide sésil com cerca de 12 mm de maior diâmetro, eritematosa, com depressão central ulcerada. No bolbo duodenal e DII observam-se várias lesões com dimensões entre 5 e 15mm com as mesmas características descritas no antro. Exame histológico: melanoma (imunofenótipo: Vim+; Ps100+; HMB 45+. Citoqueratinas de alto e baixo peso molecular sem imunorreacção. CD 45 negativo). A avaliação posterior revelou tratar-se de um melanoma cutâneo muito agressivo, com metastização disseminada, a nível intra-orbitário, tireoideu, brônquico, linfático, cardíaco, pancreático, peritoneal e ósseo. Foi decidido, apenas terapêutica sintomática.

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia
 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E

183**COMPARAÇÃO DA ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO UTILIZANDO AGULHAS 19G OU 22G NAS LESÕES SUBMUCOSAS DO TUBO DIGESTIVO**

Fidalgo C. 1, Faias S.1, Fonseca R. 2, Mendonça E. 2, Nobre Leitão C.1

INTRODUÇÃO: A punção guiada por ecoendoscopia (EUS-FNA) possibilita o exame citológico das lesões submucosas (LSM) do tubo digestivo e o diagnóstico diferencial, nomeadamente entre GISTs e leiomiomas. **OBJECTIVO:** Comparar a acuidade da EUS-FNA com agulhas de 19G ou 22G no diagnóstico diferencial das LSM do tubo digestivo. **MATERIAL E MÉTODOS:** Análise retrospectiva de uma série de doentes consecutivos submetidos a EUS-FNA para diagnóstico diferencial de LSM num período de 3 anos (Jan/06-Dez/09). As características dos doentes (idade, sexo); LSM (localização, dimensões, ecoestrutura); punção (agulha utilizada, número de passagens) e achados citológicos (celularidade no esfregaço, no citobloco e diagnóstico citológico), foram registados e confrontados com a peça operatória. **RESULTADOS:** 30 doentes (14H/16M), idade média= 57+/-16 anos (25-80) submetidos a EUS-FNA de LSM do esfago-10, estômago-17, duodeno-1, cólon-1 e recto-1. LSM com origem na submucosa-11%, muscular-89%, dimensão média=32+/-16mm(8-77), sendo 60% <30mm, com ecoestrutura heterogénea (58%) e limites regulares (85%). Utilizadas agulhas 22G (61%) e 19G (39%), com diagnóstico citológico possível em 77% (23/30) das lesões. Número médio de passagens com agulha 22G=3(1-6), 19G=2(1-2). A utilização da agulha 19G foi melhor que a 22G, permitindo o diagnóstico citológico (100% vs. 65%, p=0.026), a obtenção de celularidade abundante no citobloco (91% vs. 29%, p=0.005), e no esfregaço citológico na sala (67% vs. 35%, p=ns). Não se verificaram relevantes na obtenção de diagnóstico citológico por EUS-FNA, a camada de origem, a dimensão das LSM ou o número de passagens realizadas. Foram operados 13 doentes, possibilitando a confrontação histológica e dos resultados da citologia: GIST-7, leiomioma-5, lesão não neoplásica-1. Não existiram diagnósticos discordantes, apenas 2 leiomiomas com citologia inconclusiva prévia por EUS-FNA. **CONCLUSÕES:** A EUS-FNA é eficaz para o diagnóstico diferencial de lesões submucosas do tubo digestivo. A agulha 19G revela melhor eficácia diagnóstica, devendo ser preferida na abordagem das LSM.

Serviço de Gastroenterologia] e Serviço de Anatomia Patológica2
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Lisboa**184****INJEÇÃO ENDOSCÓPICA DE N-BUTIL-2-CIANOACRILATO (HJSTOACRYL®) NA HEMORRAGIA AGUDA POR VARIZES GÁSTRICAS**

Monsanto P., Almeida N., Rosa A., Maçoas F., Lérias C., Portela F., Amaro P., Ferreira M., Gouveia H., Leitão M.C.

Introdução: A hemorragia por varizes gástricas (VG) é normalmente profusa e de difícil controlo. Objectivos: Avaliar a eficácia e segurança do cianoacrilato na hemorragia aguda por VG, num período de 10 anos(1998-2007). **Material e Métodos:** 86 doentes (68H; média etária-59,1±11,6anos), com hemorragia por VG realizaram terapêutica endoscópica com mistura de cianoacrilato e lipiodol® (1/1,5 ou 1/1), 81 doentes com cirrose(álcool-65;vírus-9;álcool+vírus-4;outras-4) e 5 com hipertensão portal não-cirrótica. Registados parâmetros clínicos e analíticos, hemostase inicial, recidiva e complicações. Tempo médio de seguimento de 13 meses(0,5-102). Análise estatística com X², teste exacto de Fisher e t-Student. **Resultados:** Classe Child-Pugh(CP) na apresentação em doentes cirróticos: A-9,9%; B-54,3%; C-35,8%. Média do score MELD-14(3-26). Tempo de protrombina (TP)-55,6%±15,3%. Uso prévio ineficaz de esclerosantes em 22 doentes e balão de Sengstaken-Blakemore(BSB) em 24. Classificação de Sarin: GOV1-37,2%; GOV2-27,9%; IGV1-32,6%; IGV2-2,3%. Tempo médio até primeira injeção-24horas(3-360). 86% com estigmas endoscópicos de hemorragia recente e 14% com hemorragia activa. Volume médio de mistura de 1,5 ml(0,6-5 ml), em 1-8 injeções. Hemostase inicial em 95,3%. Hemorragia persistente e/ou recidiva muito precoce (48-120h) em 5 doentes e recidiva precoce (120h-6 semanas) em 11. Novos episódios de hemorragia em 30 doentes, principalmente por varizes esofágicas. Ocorreram uma ou mais complicações em 18,6% (febre-13%; embolia pulmonar-5,8%; embolia cerebral-3,5%; outros8,1%). Sete óbitos durante o episódio(8,1%). Factores associados com complicações(p<0.05): necessidade de BSB antes de cianoacrilato; hemorragia activa, recidiva muito precoce, MELD>21; PT inicial<28%. Factores associados a mortalidade: má função hepática(CP C); ausência de hemostase inicial; necessidade de BSB após cianoacrilato; ocorrência de complicações; recidiva muito precoce. **Conclusões:** N-butyl-2-cianoacrilato é um método rápido, fácil, relativamente seguro e eficaz na hemorragia por VG. A falência da hemostase inicial e/ou recidiva muito precoce e a má função hepática estão associadas à ocorrência de complicações e mortalidade.

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

185

DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL NÃO CLASSIFICADA/COLITE INDETERMINADA: IMPACTO CLÍNICO DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA

Lopes S., Freire P., Figueiredo P., Portela F., Duque G., Almeida N., Gouveia H., Leitão M.C.

O termo Doença Inflamatória Intestinal não Classificada (DIINC) foi proposto para os casos em que não há concordância entre as características clínicas, endoscópicas e histológicas e o termo Colite Indeterminada (CI) reservado para os casos submetidos a proctocolectomia. O impacto clínico da Cápsula Endoscópica (CE) neste contexto permanece obscuro. **Objectivo:** Avaliar o impacto clínico dos achados da CE em doentes com DIINC/CI. **Métodos:** Estudo prospectivo de 21 doentes com DIINC/CI. Serologia: negativa (18), ANCA positivo (2) e ASCA e ANCA positivos (1). Excluída a toma de anti-inflamatórios no mês precedente. Grupo DIINC (16 doentes): 9 mulheres, média etária de 44±14 anos, com 54±34 meses de evolução. Grupo de CI (5 doentes): 3 mulheres, média etária de 38±9 anos, com 90±68 meses de evolução. O estudo prévio do intestino delgado (ileoscopia ou radiológico) foi negativo em 20 e desconhecido num doente. Consideraram-se achados sugestivos de DC a presença de ≥6 erosões/úlceras e/ou estenose. Na sequência do seguimento de 31±4 meses (24-46) foi verificado se existe um diagnóstico definitivo. **Resultados:** Enteroscopia total em 20 doentes (95%), sem retenção. O exame foi normal (**Grupo 1**) em 2 casos. Em 11 casos detectaram-se *alterações subteis* (**Grupo 2**): atrofia vilositária focal (1), erosão isolada (1) e <6 erosões/úlceras (9). Identificaram-se *lesões sugestivas* (**Grupo 3**) em 8 casos: estenose (1), ≥6 erosões/úlceras aftóides (7), média-26±19 (6-82). Um diagnóstico definitivo foi estabelecido em 3 doentes: um pertencente ao Grupo 3 (estenose-DC), um ao Grupo 2 (fístula rectovaginal-DC) e outro ao Grupo 1 (submetido a proctocolectomia-CU). Os restantes 18 casos permanecem como DIINC/CI encontrando-se: sem medicação (4), sob messalazina (6) e sob imunossuppressores (8). **Conclusões:** Os doentes com DIINC/CI constituem um grupo heterogéneo. Apesar da CE ter detectado lesões sugestivas de DC em 8 doentes, após um seguimento superior a 2 anos, apenas num se estabeleceu esse diagnóstico como definitivo.

Serviço de Gastroenterologia – Hospitais da Universidade de Coimbra

186

COMPLICAÇÕES DA ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO: 4 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Carvalho R., Almeida N., Figueiredo P., Lopes S., Gouveia H., Leitão MC

INTRODUÇÃO: A enteroscopia de duplo balão (EDB) revolucionou a investigação do intestino delgado, ao possibilitar uma abordagem diagnóstica e terapêutica directa sobre este segmento do tracto GI. Na prática clínica tem-se revelado um procedimento seguro, com uma baixa taxa de complicações. **OBJECTIVOS:** Avaliar a taxa de complicações nos exames realizados no período de 01/2005 a 03/2009. **DOENTES E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo em que foram incluídos 94 doentes (57 do sexo masculino, média de idades de 61,5 ± 17,7 anos [17-92 anos]) submetidos a 113 exames no período indicado. Efectuada consulta dos respectivos registos clínicos identificando-se as complicações com relevância clínica. Pesquisados eventuais factores associados com maior risco de complicações. **RESULTADOS:** A hemorragia digestiva de causa obscura foi a principal indicação para a realização de EDB (70 exames – 61,9%). Efectuada sedação em 90 exames (79,6%) com abordagem anterógrada em 75 EDB (66,4%) sendo possível enteroscopia total em 4 (3,5%). As angiodisplasias foram as lesões mais frequentemente detectadas (32,7%). O procedimento foi complementado com abordagem terapêutica em 42 exames (37,2%), geralmente com recurso a Árgon Plasma (83,3%). No total de exames efectuados ocorreram 5 complicações (4,4% dos procedimentos): paragem respiratória reversível per-procedimento – 1; hipotensão grave per-procedimento – 1; pancreatite aguda – 1; icterícia – 1; hipotermia pós-procedimento – 1. Não se verificou nenhum óbito relacionado com a EDB. As complicações foram mais frequentes nos doentes do sexo masculino (5,6% vs 2,4%) e nos procedimentos terapêuticos (7,1% vs 2,8%) mas essas diferenças não alcançaram significado estatístico. **CONCLUSÕES:** A EDB é um procedimento relativamente seguro, com uma taxa de complicações aceitável, atendendo à idade avançada e às co-morbilidades dos doentes. A realização de intervenção terapêutica parece poder aumentar o risco de complicações.

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

187**ESTADIAMENTO DE 101 NEOPLASIAS DO ESÓFAGO POR ECOENDOSCOPIA**

Moreira T., Castro-Poças F., Lago P., Santos H., Areias J.

Introdução: O cancro do esófago é uma neoplasia associada a um mau prognóstico, diagnosticada muitas vezes em estádios tardios da doença, estando associado a elevada mortalidade e morbilidade cirúrgicas. A escolha dos adequados candidatos cirúrgicos é fundamental. A ecoendoscopia (EUS) está estabelecida como o melhor método no estadiamento pré-operatório locoregional das neoplasias do esófago. **Objetivos:** Caracterização do estadiamento por EUS das neoplasias do esófago. **Métodos:** Análise retrospectiva de 101 doentes consecutivos submetidos a EUS para estadiamento de neoplasias do esófago no nosso serviço entre Janeiro de 2000 e Janeiro de 2009, por 2 ecoendoscopistas experientes. Colheita de dados demográficos, clínicos e ecoendoscópicos.

Resultados: Foram realizadas neste período, 101 ecoendoscopias. Sexo masculino, 87 doentes (86%), média de idades de 61,6 +/- 11,41 anos. Oitenta e um (80,2%) eram carcinomas epidermóides e 20 (18,8%) adenocarcinomas. Vinte neoplasias terço superior, 41 terço médio, 40 terço inferior. Diâmetro longitudinal, média: 4,99 +/- 2,61 cm. Envolvimento transversal circunferencial: 46 doentes; entre 1/2 e <1: 27 doentes; < 1/2: 28 doentes; apresentando-se com estenose infranqueável 37 doentes. Estádio uT: uT1-13; uT2-14; uT3-40; uT4-24; uT2/3-5; uT3/4-5; (uT4 - perda de plano de clivagem com a aorta: 19 doentes; veia ázigos: 4 doentes; pleura/pulmão: 6 doentes; traqueia/brônquios: 7 doentes); uN0: 27 doentes; uN1: 68 doentes; uN0/1: 6 doentes; uM1a: 14 doentes (tronco celiaco não avaliado em 34 doentes); M1b: 2 doentes (LOEs hepáticas). Estadiamento realizado com mini-sonda de ultra-sonografia de 12 MHz em 29 exames; 26 por estenose infranqueável pelo ecoendoscópio convencional e 3 para estadiamento de lesão superficial. **Conclusões:** A maioria dos doentes apresenta-se em estádios avançados da doença (T3-T4 – 68,3% e N1-67,3%), e muitas vezes com estenose infranqueável ao ecoendoscópio convencional, sendo a mini-sonda de EUS uma opção nestes casos.

Sector de Ultra-Sons, Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santo António, Porto

188**PALIAÇÃO DE OBSTRUÇÕES MALIGNAS BILIARES E DUODENAIS COM PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS COMBINADAS**Barreiro P., Bispo M., Bana T., Serra D., Matos L.

Introdução: A palição de obstruções malignas biliares e duodenais com próteses metálicas auto-expansíveis (PMAEs) têm-se revelado uma opção válida em doentes sem opção curativa e elevado risco cirúrgico. Os autores apresentam a sua experiência na colocação de PMAEs em obstruções das vias biliares e duodeno em simultâneo.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes submetidos a palição combinada com PMAEs na via biliar e duodeno entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2008. Todos os doentes apresentavam colestase, com hiperbilirrubinémia superior a 5 mg/dL, e obstrução duodenal sintomática, com intolerância alimentar, devido a lesão neoplásica subjacente, aos quais foi recusada opção cirúrgica. Foram utilizadas próteses Wallstent® (Boston ScientificTM) nas obstruções biliares e próteses Wallflex® (Boston ScientificTM) nas obstruções entéricas. Foi analisada eficácia clínica, complicações e sobrevida dos doentes. **Resultados:** Foram avaliados 8 doentes (5 homens e 3 mulheres), com idades médias de 63 anos (52-81 anos). As lesões subjacentes foram 6 adenocarcinomas pancreáticos e 2 adenocarcinomas gástricos. Em 6 casos as próteses biliares e duodenais foram colocadas no mesmo tempo, sendo que nos restantes dois a prótese biliar foi colocada 24 H após eficaz expansão da prótese duodenal. Não se observaram complicações imediatas. A palição biliar foi conseguida em todos os doentes com descida dos valores de bilirrubina. Todos os doentes toleraram dieta líquida e 7 toleraram dieta mole ou sólida ligeira. Ocorreu 1 caso de recidiva de vômitos, por invasão tumoral resolvida com colocação de nova prótese entérica. A sobrevida média foi de 59 dias. **Conclusões:** A terapêutica combinada com PMAEs biliares e entéricas constitui uma alternativa à palição cirúrgica de neoplasias do confluente duodeno-bilio-pancreático associada a grande eficácia clínica e baixa taxa de complicações.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

189

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMORES DA AMPOLA DE VATER: ANÁLISE DA SUA SEGURANÇA E EFICÁCIA A LONGO-PRAZO

Bispo M., Barreiro P., Bana T., Serra D., Matos L.

Introdução: A ressecção endoscópica de ampulomas constitui um desafio terapêutico e requer uma selecção criteriosa dos doentes. Os autores apresentam a sua experiência neste procedimento, analisando a sua segurança e eficácia a longo-prazo. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de 6 ampulectomias endoscópicas realizadas em 6 doentes (idade média, 69 anos), entre Jan-06 e Dez-08. Todos os ampulomas eram <4cm (tamanho médio, 2.8cm), com histologia de adenomas tubulares ou tubulo-vilosos com displasia de baixo grau (um único caso com focos de displasia de alto grau). Cinco ampulomas eram esporádicos e 1 associado a síndrome de Gardner. Foi realizada ecoendoscopia para estadiamento em todos os casos, sem evidência de invasão da *muscularis mucosae*, adenopatias peri-ampulares ou crescimento intra-ductal. **Resultados:** Em 4 casos, foi realizada CPRE numa primeira fase, que excluiu invasão intra-ductal (biliar ou pancreática), tendo-se efectuado marcação do ducto pancreático com azul-de-metileno. Nos outros 2 casos, a CPRE pré-papilectomia não foi tecnicamente exequível. Procedeu-se em todas as ampulectomias à elevação da lesão com injeção submucosa de adrenalina diluída, seguida de ressecção em bloco com ansa diatérmica. Posteriormente, repetiu-se sistematicamente CPRE (excepto num caso, por dificuldade técnica), com colocação de próteses plásticas nos ductos pancreático e biliar. A ampulectomia (em bloco) foi conseguida num único tempo em todos os doentes, com confirmação histológica de margens livres de tumor. Uma das peças apresentava focos de displasia de alto grau, sem invasão linfo-vascular. Não se registaram complicações no decorrer dos procedimentos ou nas primeiras 48 horas. Após um período de seguimento médio de 17 meses (limites, 3-32 meses) não houve nenhuma recidiva tumoral (CPRE com biópsias no 1º mês e em cada 4 a 6 meses nos 2 primeiros anos). **Conclusões:** A remoção endoscópica de ampulomas foi segura e eficaz nos doentes seleccionados. A ecoendoscopia pré-ampulectomia demonstrou elevada correlação com os achados histológicos.

S. Gastroenterologia - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

190

PALIAÇÃO EM 2 CASOS DE LINITE PLÁSTICA GÁSTRICA

Barreiro P., Bispo M., Bana T., Serra D., Matos L.

A neoplasia gástrica pode apresentar-se por um infiltrado difuso com atingimento de todo o estômago tornando-o espesso, rígido e com pouca capacidade de distensão, adquirindo neste contexto a designação de linite plástica. O carácter agressivo deste tipo de lesão impossibilita muitas das vezes uma opção curativa. Os autores apresentam os casos de dois homens, com 54 e 67 anos, que iniciaram quadro progressivo de anorexia e perda de peso acentuado associado a intolerância alimentar progressiva com vômitos alimentares incoercíveis. Em ambos, a endoscopia digestiva alta mostrou lesão infiltrativa extensa, desde o fundo gástrico até ao piloro de forma contínua, condicionando marcada rigidez e inextensibilidade de todo o lúmen gástrico compatíveis com linite plástica. As biópsias confirmaram tratar-se de adenocarcinoma pouco diferenciado. Em ambos os casos o estadiamento por TC abdominal mostrou lesão em estadio IV, um com metástases hepáticas e outro com carcinomatose peritoneal. Neste contexto foi proposto tratamento paliativo endoscópico com a colocação de próteses endoluminais. Procedeu-se à colocação de duas próteses metálicas auto-expansíveis (Wallflex, Boston Scientific®), a primeira entérica com 22 x 90 mm, transpilórica, estendendo-se ao longo do bulbo e antro, seguido de colocação de prótese colónica com 25 x 90 mm, sobrepondo-se sobre a primeira até ao fundo gástrico. Ambos os doentes toleraram dieta líquida 24 horas após o procedimento seguido de dieta pastosa e sólida ligeira. Não se registaram complicações precoces ou tardias, mantendo dieta oral até ao óbito, que se registou aos 34 e 56 dias respectivamente após o procedimento. As próteses metálicas auto-expansíveis têm demonstrado eficácia na terapêutica paliativa de lesões estenosantes gastro-duodenais. Neste caso, a extensa lesão neoplásica levou à necessidade de colocação de próteses entero-colónicas em sequência criando-se um “neo-estômago” com eficaz palição dos doentes. Apresenta-se iconografia referentes aos casos.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

191

ACUIDADE DA ECOENDOSCOPIA NO ESTADIAMENTO DAS NEOPLASIAS DO ESÓFAGO – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Moreira T., Castro-Poças F., Lago P., Areias J.

Introdução: A ecoendoscopia (EUS) apresenta a melhora acuidade no estadiamento pré-operatório das neoplasias do esófago. **Objectivos:** Avaliar a acuidade da ecoendoscopia no estadiamento T e N das neoplasias do esófago. **Métodos:** Análise retrospectiva de todos os doentes que realizaram ecoendoscopia para estadiamento de neoplasia do esófago, e foram submetidos a cirurgia de ressecção, sem quimio-radioterapia prévia entre Janeiro de 2000 e Janeiro de 2009. Exames realizados por 2 ecoendoscopistas experientes. Considerado “gold-standard” o resultado anatomo-patológico da peça cirúrgica. Colheita dos dados demográficos, clínicos, ecoendoscópicos e anatomo-patológicos. **Resultados:** 101 doentes realizaram ecoendoscopia para estadiamento de neoplasia do esófago; 29 doentes foram submetidos a cirurgia de ressecção sem quimio-radioterapia prévia. Sexo masculino, 26 doentes (83,9%), média de idades de 60,24+/-10,41. Vinte doentes apresentavam carcinomas epidermóides e 9 adenocarcinomas; esófago superior-6; médio-11; inferior-12. Diâmetro circunferencial: 8 doentes; ½ a 1: 4 doentes; ½: 5 doentes; <½: 14 doentes. Sete tumores não eram franqueáveis pelo ecoendoscópio convencional, em 4 destes o estadiamento foi complementado com mini-sonda de EUS de 12MHz; nos outros três foi realizado apenas estadiamento proximal da lesão. A mini-sonda foi usada complementarmente ao ecoendoscópio convencional em 3 lesões superficiais (T1). No estadiamento ecoendoscópico, eram uT1: 9 doentes; uT2: 6 doentes; uT3: 14 doentes; uN1: 15 doentes. A acuidade global para o estadiamento T foi de 74%, e para o estádio N de 76%. Acuidade por estádios: T1-83%, T2-70%, T3-69%, N0-76%, N1-76%; S: T1-70%, T2-33,3%, T3-69,2%, N0-72,2%; N1-81,8%; E: T1-89,5%; T2-85,7%; T3-68,8%; N0-81,8%; N1-72,2%; YPP: T1-77,8%, T2-50%; T3-64,3%; N0-86,7%; N1-64,3%; VPN: T1-85%, T2-75%; T3-73,3%; N0-64,3%; N1-86,7%. **Conclusão:** A acuidade da ecoendoscopia para o estadiamento das neoplasias do esófago apresenta valores de acordo com os descritos na literatura, constituindo, assim, um incentivo à sua manutenção no algoritmo de abordagem destes doentes no nosso centro.

Sector de Ultra-Sons, Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santo António, Porto

192

INFILTRAÇÃO MULTISEGMENTAR DO TUBO DIGESTIVO POR LINFOMA: CASO CLÍNICO COM 10 ANOS DE EVOLUÇÃO

Fidalgo C., Faias S., Cravo M., Nobre Leitão C.

Doente do sexo masculino, 50 anos, com o diagnóstico de Linfoma Não Hodgkin B do Manto com envolvimento medular, ganglionar, esplénico, do anel de Waldeyer e gástrico. O doente referia desconforto epigástrico, tendo a Endoscopia revelado infiltração extensa da mucosa do cárdia, corpo e incisura angularis, estando o antro poupado. Foi submetido a múltiplos ciclos de quimioterapia (QT) com CHOP seguida de Rituximab, verificando-se resposta parcial, em que há remissão completa do envolvimento gástrico, mas persistência medular, e posterior recaída gástrica de linfoma. Após vários esquemas de QT, cerca de 10 anos após o início da doença, é referenciado para Colonoscopia, para investigação de quadro de diarreia. No cólon descendente, observa-se uma lesão polipóide, com 5 cm de extensão longitudinal, ocupando quase totalmente o lúmen, mas facilmente franqueável. O exame histológico das biopsias realizadas foi compatível com infiltração por Linfoma não Hodgkin. O doente está actualmente sob QT não se tendo observado, até há data, resposta a nível do cólon. Apresenta-se iconografia.

Serviço de Gastroenterologia do IPO-FG de Lisboa

193

TERAPÊUTICA PALIATIVA DO COLANGIOCARCINOMA HILAR IRRESSECÁVEL COM PRÓTESES BILIARES

Bispo M, Bana T, Barreiro P, Serra D, Matos L.

Introdução: Os autores apresentam a sua experiência e analisam a segurança e eficácia da terapêutica paliativa do colangiocarcinoma hilar irressecável com próteses biliares.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico de 21 doentes (idade média, 71 anos), com icterícia obstrutiva por colangiocarcinoma hilar cirurgicamente irressecável (por estadió avançado ou elevado risco cirúrgico), referenciados para colocação endoscópica de próteses biliares, num período de 4 anos. Os doentes foram divididos em 4 grupos, segundo a classificação de Bismuth-Corlette: Bismuth-I (n=3), Bismuth-II (n=6), Bismuth-III (n=8), Bismuth-IV (n=4). Foram usadas próteses metálicas Wallstent® e próteses plásticas tipo Amsterdam.

Resultados: A colocação de pelo menos uma prótese biliar foi conseguida em 90% dos doentes (n=19): em todos os doentes nos grupos Bismuth-I e II (por CPRE) e em 83% dos doentes nos grupos Bismuth-III e IV (por CPRE em 9 doentes e por via percutânea transhepática em 1 doente, após insucesso da CPRE). Foi necessária dilatação prévia com balões hidrostáticos (Hurricane®) em 10 casos. Procedeu-se a drenagem biliar bilateral num único tempo em 6 doentes (grupos Bismuth-III e IV); em 2 casos colocando duas próteses metálicas e em 4 casos colocando simultaneamente uma prótese metálica e uma prótese plástica. Registou-se sucesso clínico (melhoria da colestase) em 90% dos doentes: não se verificou melhoria clínico-laboratorial em 2 doentes (grupo Bismuth-III, n=1 e grupo Bismuth-IV, n=1). A taxa de complicações foi 14%: 3 casos de colangite aguda nos grupos Bismuth III/IV (resolvidos com antibioterapia). Foi necessária reintervenção endoscópica por reobstrução em 5 casos (em 4 com colocação de nova prótese). A sobrevida média foi 5.0 meses: Bismuth-I/II 6.7 meses vs Bismuth-III/IV 3.7 meses, p <0.001.

Conclusões: A terapêutica paliativa do colangiocarcinoma hilar irressecável com colocação de próteses biliares é segura e eficaz, embora com maior risco de colangite pós-CPRE e menor sobrevida nos grupos Bismuth-III e IV.

S. Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

194

HEMOSTASE COM CLIPS EM HEMORRAGIA DIVERTICULAR

Pinto J, Pinho R, Leite S, Afonso M, Veloso R, Proença L, Fraga J.

A hemorragia diverticular é uma complicação conhecida da doença diverticular, ocorrendo em cerca de 15% destes doentes, e sendo responsável por cerca de 30 a 50% das hemorragias digestivas baixas com repercussão hemodinâmica. Os autores propõem-se apresentar vídeo de tratamento endoscópico com clips hemostáticos em doente com hemorragia diverticular. Doente de 70 anos, sexo masculino, trazido ao Serviço de Urgência (SU) pelo INEM na sequência de 2 episódios de hematoquézia associados a hipersudorese e lipotímia. Sem precordialgia ou dor abdominal. Sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual. À entrada apresentava sinais de repercussão hemodinâmica (taquicardia, hipotensão) e fibrilação auricular com resposta ventricular rápida “de novo”. O toque rectal mostrou sangue escuro na luva. Analiticamente à entrada: hemoglobina 13 g/dl. Após estabilização hemodinâmica com colóide realizou colonoscopia: numerosos colos diverticulares ao longo do trajecto observando-se sangue vivo apenas no ascendente, junto a divertículo com vaso visível e vestígios hemáticos frescos no seu fundo. Efectuada injeção de adrenalina diluída 1/20.000 e aplicação de dois clips hemostáticos sobre o vaso (Quick Clip 2® – Olympus). Sem intercorrências imediatas da técnica. O doente manteve-se estável, sem recidiva da hemorragia, tendo alta após 4 dias de internamento.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

195**ACUIDADE DIAGNÓSTICA DA CÁPSULA ENDOSCÓPICA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA**

Gonçalves A., Costa-Macedo T., Velosa J.

A cápsula endoscópica (CE) alterou o algoritmo de abordagem diagnóstica do doente com hemorragia digestiva de causa obscura (HDCO) aberta e oculta, pela qualidade não invasiva e a capacidade de obter na maioria dos casos uma boa visualização do intestino delgado. Nas várias séries publicadas a acuidade diagnóstica neste contexto varia de 50-86%, mostrando-se até à data superior a vários outros métodos diagnósticos.

Objectivo: avaliar a acuidade diagnóstica e os achados da CE numa série de doentes com HDCO. Métodos: análise retrospectiva de 171 doentes submetidos a CE por HDCO no ano de 2004 a 2008. Resultados: foram realizados um total de 231 exames, dos quais 171 (74%) por HDCO, das quais 65% sob a forma de anemia ferropénica, 30% melenas e 5% hematoquezias. Foi atingido o cego em 89% dos exames, no entanto cerca de 13% foram considerados como tendo visualização completa inadequada. Achados patológicos relevantes foram encontrados em 49% (46% no grupo de anemia ferropénica, 58% no grupo melenas, 33% no grupo hematoquezias; p não significativo). Os principais achados patológicos foram:

Angiodisplasias	27	32%
Tumor	14	17%
Úlceras/erosões (etiologia ainda não conhecida)	12	14%
Hemorragia activa s/lesão identificada	8	10%
D. Crohn (conhecida)	5	6%
D. celíaca	3	4%
Patologia gástrica	8	10%

Conclusões: a HDCO constitui a principal indicação para realização de CE. Na nossa série a acuidade diagnóstica foi de 49% (n=84). Os principais achados patológicos foram as angiodisplasias. Na nossa série a prevalência dos tumores no contexto de HDCO foi significativa.

Serviço de Gastroenterologia, CHLN-Hospital Santa Maria

196**HEMORRAGIA POR DIEULAFOY DA PAPILA DE VATER**

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

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 68 anos de idade, internado por pneumonia. Tratava-se de um doente com antecedentes pessoais de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, HTA e DM tipo 2. Ao 5º dia de internamento apresentou melenas.

Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou coágulo aderente na papila, sem outras alterações. Introduziu-se o duodenoscópio e após remoção de coágulo aderente na papila observou-se hemorragia activa de baixo débito, com vaso visível, sem lesão subjacente. Efectuou-se hemostase com argon plasma de lesão de Dieulafoy.

Às 72 horas, em endoscopia de "second look" não se observaram sinais de hemorragia. As biópsias da papila não mostraram alterações. O doente evoluiu clinicamente bem, sem recidiva hemorrágica.

Hospital do Divino Espírito Santo- Ponta Delgada

197

PIERCING DO CÓLON

C. Amorim, S. Lino, J. Pasini, F. Aldomiro, C. Salvado, P. Ribeiro, José A. Malhado

Mulher de 83 anos, com história de demência, residindo só e em péssimas condições de higiene, conduzida ao SU após ter sido encontrada caída no chão do seu domicílio coberta de sangue e fezes. Objectivamente, encontrava-se afásica, em posição fetal e com reflexo de fuga ao contacto humano, em caquexia extrema, desidratada, aparentemente sem hemorragia activa. Analiticamente, com anemia (8.5 g/dL) microcítica, insuficiência renal ligeira e hipernatrémia. Radiografia abdominal simples em más condições técnicas pelo posicionamento vicioso da doente. Internada para resolução da sua situação social, ao 2º dia inicia hematoquézias profusas com instabilidade hemodinâmica, sem sucesso diagnóstico/terapêutico video-endoscópico urgente por abundante conteúdo hemático e fecal. Após 20 dias de internamento com hematoquézias refractárias com repercussão hemodinâmica, sob suporte transfusional apertado e várias tentativas de colonoscopia sem sucesso, foi finalmente possível estabelecer o diagnóstico endoscópico: 2 brinco implantados na sigmóide condicionando hemorragia da mucosa adjacente. A remoção dos mesmos permitiu a estabilização do quadro e rápida recuperação clínica. Com este caso os autores pretendem alertar para o facto da ingestão de corpos estranhos não ser um incidente raro, em particular em doentes idosos com prótese dentária, indivíduos com patologia psiquiátrica e naqueles com abuso crónico de álcool. Na sua maioria atravessam o tracto gastrointestinal sem intercorrências. Contudo, a perfuração não deve ser descurada como possível complicação. Apesar de mais frequente a montante do cólon, pode ocorrer a qualquer nível, nomeadamente nos locais de menor diâmetro, nas angulações ou em fundos-de-saco. A avaliação radiológica destes doentes é de extrema importância, porém, a radiografia simples frequentemente não documenta alterações específicas e nem sempre permite visualizar objectos metálicos, atrasando o seu diagnóstico e obrigando a exames mais específicos. Os autores pretendem também salientar a patologia insólita subjacente aos internamentos por motivos sociais, infelizmente cada vez mais frequentes.

HOSPITAL DE CURRY CABRAL

198

FÍSTULA ESOFÁGICA POR EROÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS DE ARTRODESE C4-C5

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

Os autores apresentam uma doente do sexo feminino, de 46 anos de idade, que recorre ao SU por quadro clínico com 5 dias de evolução caracterizado por dispneia, odinofagia e sialorreia. Tratava-se de uma doente com atraso psicomotor, com antecedentes pessoais de artrose cervical há 10 anos. A endoscopia digestiva alta mostrou ao nível do crico-faríngeo corpo estranho de características metálicas, que parecia estar ancorado, sugestivo de parafuso, não sendo possível a sua remoção por via endoscópica. A doente foi submetida a cirurgia para remoção de placa e parafusos de artrose C4-C5, com rafia e reforço do esófago cervical. Veio a falecer 4 dias após por sépsis secundária a mediastinite.

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada

199**METALOBEOZOAR GÁSTRICO**

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

Os bezoares resultam da acumulação e agregação de material estranho, não digerível, que se acumula no tubo digestivo geralmente no estômago. Classificam-se de acordo com a sua composição em fitobezoares, tricobezoares, farmacobezoares, lactobezoares e outros, mais raros, constituídos por metal ou plástico. Os bezoares são raros, com uma prevalência < 1% nas endoscopias digestivas altas realizadas.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 48 anos de idade, com antecedentes de patologia psiquiátrica, que recorre ao Serviço de Urgência por ingestão de corpos estranhos. Encontrava-se assintomático, negando dor abdominal, vômitos, alterações do trânsito intestinal ou febre.

A radiografia de abdómen mostrou abundantes corpos estranhos em topografia gástrica e intestinal. A endoscopia digestiva alta permitiu observar e confirmar a presença no estômago de: clips, agrafos, pioneses, sacos plásticos, elásticos e tampas de caneta.

Aguardou-se evolução constatando-se eliminação de parte dos corpos estranhos, mantendo-se no entanto, aglomerado de clips no estômago. Após 15 dias verificou-se maior volume de corpos estranhos pelo que se procedeu a nova endoscopia digestiva alta, com remoção endoscópica de alguns. Não sendo possível a remoção completa por esta via, o doente foi submetido a cirurgia gástrica com extracção de volumoso metalobezoar (com 450g), constituído essencialmente por clips, agrafos, pioneses, corta-unhas e alfinete de gravata, encontrando-se também elásticos, sacos de plástico e tampas de caneta.

Hospital do Divino Espírito Santo- Ponta Delgada

200**PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS NÃO RECOBERTAS NA OBSTRUÇÃO MALIGNA COLORECTAL: EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS.**

Pereira P, Machado A, Rolanda C, Lopes S, Soares JB, Ferreira A, Macedo G.

Introdução: As próteses colorectais (PC) são cada vez mais usadas na palição e na transição para cirurgia de doentes com obstrução maligna colorectal.

Objectivo: Fazer uma revisão da nossa experiência na colocação das PC durante um período de 3 anos.

Material e métodos: Dos 18 doentes em que foram colocadas PC metálicas auto-expansíveis não recobertas, entre 2006 e 2009, foram revistos os processos clínicos de 14 doentes.

Resultados: O grupo de doentes incluiu 3 mulheres e 11 homens, com idade média de 70 anos (51-85 anos). Os 14 doentes tinham obstrução colorectal maligna (sigmóide-8, descendente-3, transição recto-sigmoide-2 e recto-1). Em 9 casos (64%) a colocação de prótese serviu de ponte para a cirurgia e nos restantes para palição. Em 11 casos (79%) a prótese foi colocada apenas com apoio de endoscopia e nos restantes com apoio de endoscopia e fluoroscopia. Em 13 casos (93%) colocou-se apenas 1 prótese e em 1 caso 2 próteses. Obteve-se sucesso técnico em 13 casos (93%) e clínico em 12 casos (86%). Registaram-se 1 complicação precoce (1 perfuração) e 3 tardias (1 perfuração e 2 reestenoses). Nos casos em que a prótese foi colocada como ponte para cirurgia, o intervalo médio entre a colocação e a cirurgia foi de 14 dias (3-22 dias). Nos casos em que a prótese foi colocada para palição, o tempo médio de palição foi de 4 meses (1-7 meses). A sobrevida variou entre 1 e 7 meses.

Conclusão: A colocação de PC pode ser considerada um procedimento seguro e eficaz no tratamento de doentes com obstrução colorectal maligna quer como forma de palição quer como ponte para a cirurgia.

Serviço de Gastroenterologia do Hospital de São Marcos, Braga.

201

ADENOMA PLANO NO RECTO DISTAL: UTILIDADE DA RETROVERSÃO NO DIAGNÓSTICO.

Afonso M, Leite S, Pinto J, Veloso R, Pinho R, Freitas T, Carvalho J, Fraga J

A retroversão para avaliação do recto distal está recomendada. Os autores propõem-se apresentar documentação iconográfica de caso clínico de paciente, de sexo feminino, de 58 anos de idade, referenciado para colonoscopia por pesquisa de sangue oculto fecal positiva. No recto distal observou-se (em retroversão) lesão plana, com cerca de 35mm de maior dimensão, (junto à margem anorectal) Efectuada ressecção endoscópica em fragmentos após elevação com solução de soro fisiológico e Indigo Carmin. Tratamento da escara com argon plasma. O exame histológico revelou estruturas de pólipos com aspectos mistos (pólipo hiperplásico e adenoma tubular com displasia de baixo grau).

Centro Hospitalar de V N Gaia

202

ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL NA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Veloso R, Leite S, Afonso M, Pinto J, Silva AP, Carvalho J.

A Púrpura de Henoch-Schönlein é uma vasculite multi-sistémica, habitualmente auto-limitada caracterizada por púrpura não trombocitopénica, artrite/artalgias, dor abdominal e atingimento renal. Os autores propõem-se apresentar 2 casos clínicos de Púrpura de Henoch-Schönlein em que os exames endoscópicos foram de suma importância para o diagnóstico e cujas imagens endoscópicas são raras na prática clínica diária. CASO 1: Doente do sexo feminino, 27 anos, com púrpura cutânea não trombocitopénica com cerca de 3 meses de evolução sob corticoterapia sistémica (deflazacorte) cursando com melhorias e agravamentos sucessivos. Recorreu ao SU por náuseas, queixas álgicas abdominais peri-umbilicais em cólica e aumento do número de dejectões, sem emissão de sangue ou muco pelas fezes. Vômito nocturno de conteúdo biliar precedido de epigastalgias que não aliviaram após o vômito. No dia de admissão ao SU 4 episódios de hematemeses. Efectuada EDA que revelou no bolbo e metade superior de DII várias sufusões hemorrágicas, por vezes coalescentes e sem sinais de lesão da mucosa suprajacente. Instituída prednisolona 1 mg/kg/dia, IBP e AINEs em SOS, com reversão completa do quadro clínico em 4 semanas. CASO 2: Doente do sexo masculino, 40 anos, recorreu ao SU pelo aparecimento DE púrpura cutânea no abdómen, tronco e membros inferiores, 5-6 dejectões/dia de fezes líquidas, sem vestígios de sangue, muco ou pús associadas a dor abdominal em cólica nos quadrantes inferiores, que aliviava com as dejectões. Observado no SU e internado com diagnóstico de vasculite. Durante o internamento inicia quadro de hematoquésias, pelo que efectuou ileocolonosopia: no ileo mucosa com vários focos de hemorragia subepitelial e erosão central, sem friabilidade. Início de pulsos de metilprednisolona (1g/dia durante 3 dias) seguida de prednisolona 1mg/kg/dia com reversão completa do quadro clínico.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E.

203**FÍSTULA COLECISTO-ENTÉRICA: A PROPÓSITO DE 4 CASOS CLÍNICOS**Santos, L; Sousa, M. I; Saiote, J; Redondo, I; Rio-Tinto, R; Mendes, M; M. Neves, M

Introdução: A litíase vesicular constitui uma entidade clínica frequente, sendo sintomática apenas em cerca de 20% dos doentes. Tem como complicações mais frequentes a cólica biliar e a colecistite aguda. A ocorrência de fistulas colecisto-entéricas como complicação da litíase vesicular constitui um evento raro, verificando-se em 0,5 a 5% dos doentes. Este evento ocorre muito raramente associado à doença péptica (6%) e ao traumatismo das vias biliares (4%), associando-se em cerca de 90% dos casos à litíase vesicular. Apenas um grupo restrito de doentes com fistula bilio-entérica apresenta manifestações clínicas, i.e. ileus biliar, colangite e hemorragia digestiva alta. O tratamento endoscópico é habitualmente ineficaz, sendo a cirurgia necessária na maioria dos doentes.

Objectivos: Apresentação de quatro doentes (dts) com fistula colecisto-entérica. **Casos clínicos:** Apresentam-se 4 dts, observados no nosso Hospital entre 2003 e 2006, nos quais foram diagnosticadas fistulas colecisto-duodenais. Dois dts eram do sexo masculino e 2 dts do sexo feminino; a idade média foi de 72, 25 anos. Todos os doentes apresentavam litíase vesicular, com cálculos de diâmetro superior a 1,5 cm (entre 1,5 e 6 cm). As manifestações clínicas foram: Síndrome de Bouveret (n=2); hemorragia digestiva alta (n=1) e colangite (n=1). O diagnóstico definitivo foi estabelecido por endoscopia em todos os doentes. Três doentes foram submetidos a terapêutica cirúrgica, dois deles após tentativa sem sucesso de remoção endoscópica com litotritor e cesto e Dormia. Num doente houve passagem espontânea do cálculo, tendo-se objectivado apenas o trajecto fistuloso por colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.

Comentário: A fistula colecisto-entérica é um achado raro e tem como principal causa a litíase biliar. As suas manifestações incluem a oclusão intestinal, a hemorragia e a infecção recorrente. A endoscopia é de crucial importância no diagnóstico desta situação sendo a sua solução, mais frequentemente, cirúrgica.

Centro Hospitalar de Ljsoya Central, EPE; Hospital Santo António dos Capuchos; Serviço de Gastroenterologia

204**HEMOBILIA**Arroja B, Canhoto M, Barata P, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H, Pais J

A hemobilia refere-se à hemorragia do tracto biliar que pode ter origem traumática, neoplásica, litásica ou ainda vascular. Está descrita uma elevada taxa de mortalidade associada a este evento

Apresenta-se caso clínico de um homem de 72 anos de idade com antecedentes de diabetes mellitus, litíase vesicular e enfarte agudo do miocárdio. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por epigastralgias com irradiação ao hipocôndrio direito verificando-se no exame objectivo massa palpável na área epigástrica. Analiticamente anemia de 7.5 g/dL sem tradução hemodinâmica e sem registo de perdas hemáticas. A endoscopia digestiva alta visualizou coágulos no estômago e drenagem de sangue vivo e coágulos através da papila de Vater. Para melhor esclarecimento da situação foi realizada tomografia computadorizada, que observou áreas mal definidas sugestivas de processo inflamatório vesicular, colédoco com material sugestivo de sangue no lúmen e no leito vesicular imagem redonda de 14 mm, com realce na fase arterial, compatível com pseudoaneurisma inflamatório na dependência de ramo da artéria hepática direita.

O doente foi submetido a arteriografia com embolização do vaso atingido, tendo sido alta assintomático e com colecistectomia electiva programada que viria a recusar. Dois anos depois recorreu novamente ao SU por quadro de icterícia obstrutiva, motivo pelo qual foi submetido a CPRE que identificou cálculo gigante no colédoco distal não passível de remoção por esta técnica. Este achado exigiu cirurgia com extracção de cálculo de 3 cm impactado na papila. Apresenta-se iconografia endoscópica, imagiológica e do acto cirúrgico deste evento raro.

Hospital de Santo André, EPE, Leiria

205

O PAPEL DA CPT NO SÉCULO XXI – APRESENTAÇÃO DE 7 DOENTES

Coimbra, J; Sousa, I; Santos, L; Ramos, G; Rio-Tinto, R; Martins, J; Barreiras, J; Martins Neves, M.

Introdução: Iniciada em 1921, a colangiografia percutânea transhepática (CPT), permite a abordagem das vias biliares (VB) obstruídas, possibilitando o diagnóstico e a drenagem biliar. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e a colangio-Ressonância Magnética, desenvolvidas nos anos 70 e 90 respectivamente, reduziram drasticamente o papel da CPT no diagnóstico. A vertente terapêutica está reservada para os casos em que a abordagem endoscópica não é possível e/ou a cirurgia está contra-indicada. Taxa de sucesso entre 50 e 95% e de complicações <5%.

Objectivo: Apresentação de sete doentes (dt) com VB obstruídas, submetidos a CPT.

Casos clínicos: De Outubro de 2008 a Fevereiro de 2009, efectuaram-se 10 CPT, em 7 dt. (idade média = 67,7 anos). A CPRE não foi possível por: gastrectomia total com esofagojejunosomia em Y-de-Roux (5 dt); secção iatrogénica do colédoco (1 dt); invasão tumoral duodenal (1 dt). Os dt. tinham icterícia obstrutiva e dilatação das VB. A CPT identificou obstrução das VB em 6 dt. e em 1 dt. o exame foi inconclusivo. Efectuou-se drenagem biliar em 5 dt.: paliativa em 4 dt. e pré-operatória em 1 dt. Não houve complicações. O follow up variou entre 5 a 115 dias.

Comentário: No século XXI, a CPT ainda é uma técnica útil e segura na drenagem das VB.

Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santo António dos Capuchos

206

NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL – A VIVÊNCIA DA HISTÓRIA NATURAL

Caldeira A, Pereira B, Pereira E, Sousa R, Tristan J, Gonçalves R, Banhudo A

A neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) é uma lesão pré-maligna, descrita pela primeira vez em 1982, com uma sequência adenoma-carcinoma conhecida. Contudo, o tratamento cirúrgico apropriado e o timing ideal de actuação permanecem pouco claros, devido ao conhecimento ainda limitado sobre a história natural deste tumor, bem como à ausência de follow-up pós operatorio a longo prazo. A sua natureza inicialmente benigna, implica que o diagnóstico precoce seja fundamental evitando desenvolvimento de neoplasia maligna avançada incurável.

Em 20% dos casos há antecedentes de pancreatite aguda (PA), sem etiologia identificada. Apresentamos um caso em que pudémos acompanhar “a par e passo” toda história natural do tumor desde a sua manifestação inicial até apresentar critérios cirúrgicos de ressecabilidade. Trata-se de uma doente, 70A, com internamento em 2004 por PA, etiologia não esclarecida. Ultrassonografia abdominal (US): pâncreas aumentado e hipocogénico. Manteve seguimento na consulta e, 6 meses depois, repetiu US visualizando-se canal wirsung dilatado e irregular até à região peri-papilar (confirmado por Colangio-RM).

Ecoendoscopia (EUS), 2A após PA: Wirsung dilatado (8mm), irregular, com aparentes vegetações da parede. CPRE com escovado do canal pancreático: células dispostas em agregados papilares. EUS (3A): Wirsung dilatado com 2 pequenas vegetações sem evidência de processo obstrutivo. US e EUS (4A): ectasia do Wirsung (15.3mm), com vegetação no segmento cefálico e parede espessada. Clinicamente salientava-se dor abdominal, tipo moinha, e diagnóstico recente de diabetes.

Perante a hipótese diagnóstica de NMPI com critérios para ressecção, a doente foi proposta para intervenção cirúrgica. Submetida a pancreatectomia total com confirmação do diagnóstico, sem intercorrências no pós-operatório. Follow up de 6 meses. Nem sempre é possível esclarecer de imediato a etiologia de um episódio de PA, contudo talvez possa haver indicação para um follow up atento às alterações pancreáticas destes doentes, sendo de considerar a utilidade da EUS.

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano

207**CARCINOMA DESENVOLVIDO EM PÂNCREAS HETEROTÓPICO DO ANTRO GÁSTRICO**

Monsanto P, Lérias C, Diogo D (1), Cipriano MA (2), Pina Cabral JE, Gouveia H, Sofia C, Leitão MC

Introdução: O desenvolvimento de tecido pancreático fora dos limites da glândula principal, com ausência de conexões vasculares ou anatômicas entre ambos é uma anomalia congénita designada como pâncreas heterotópico. Embora se manifeste habitualmente como achado incidental, pode também apresentar qualquer uma das alterações patológicas observadas no pâncreas eutópico (pancreatite aguda e crónica, pseudoquistos, abscesso). No entanto, o desenvolvimento de um carcinoma em pâncreas heterotópico é um achado extremamente raro, com menos de 20 casos descritos na literatura.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos submetido a endoscopia digestiva alta por queixas de desconforto peri-umbilical e enfartamento pós-prandial. Esta mostrou uma lesão sub-epitelial na grande curvatura do antro, com cerca de 5cm de maior eixo, atingindo o anel pilórico. A ultrasonografia transendoscópica não observou alterações da parede gástrica e a TAC abdominal mostrou uma massa de contornos polilobulados na vertente anterior do antro gástrico com algumas adenopatias adjacentes, sem alterações significativas dos restantes órgãos abdominais. Dado não ser possível realizar qualquer diagnóstico pré-operativo e dado a possibilidade de malignidade da lesão, foi realizada antrectomia com gastro-jejunostomia tipo Billroth II. Embora o estudo anatomo-patológico extemporâneo tenha revelado uma lesão de provável natureza hamartomatosa sem características de malignidade a análise histológica posterior da peça operatória revelou distrofia quística de pâncreas heterotópico do antro com transformação mucinosa dos ductos, cancerização focal com invasão ganglionar. Efetuou-se posteriormente uma avaliação do pâncreas eutópico por ressonância magnética excluindo tratar-se de um carcinoma metastático. O doente aguarda consulta de oncologia médica.

Serviço de Gastroenterologia, (1) Serviço de Cirurgia I, (2) Serviço de Anatomia Patológica – Hospitais da Universidade de Coimbra EPE

208**VALIDAÇÃO PROSPECTIVA DE UM ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE COLEDOLITÍASE**

Ramos R, Areia M, Souto P, Camacho E, Gomes D, Rosa A, Gouveia H, Leitão M.C

Introdução: A coledocolitíase ocorre em cerca de 8-18% dos casos de doença biliar sintomática. Na abordagem terapêutica da coledocolitíase é fundamental um raciocínio clínico (ou algoritmo diagnóstico) com elevada sensibilidade, de forma a propor o tratamento mais correcto, com realização de CPRE terapêutica apenas nos doentes com elevada probabilidade de terem litíase da via biliar principal (VBP).

Objectivo: Avaliar prospectivamente a acuidade de um algoritmo para o diagnóstico de coledocolitíase, elaborado num Serviço de Gastroenterologia.

Material e métodos: Com base em critérios clínicos (antec. colecistectomia ou litíase da VBP, idade > 55 anos), analíticos (bil. total > 1,8 mg/dL) e ecográficos (VBP > 7mm) foi elaborado um algoritmo para o diagnóstico de coledocolitíase. Nos casos de risco elevado foi proposta CPRE terapêutica, enquanto nos casos de risco baixo foi sugerida CPRM. Foi aplicado prospectivamente o algoritmo em 84 doentes consecutivos com suspeita clínica de coledocolitíase (idade média 69 anos, 63% mulheres). A CPRE foi considerada a técnica "gold standard".

Resultados: A comparação do risco de coledocolitíase revelado pelo algoritmo em relação com o exame "gold standard" revelou os seguintes resultados:

Algoritmo \ "Gold Standard"	Presença de litíase (n=58)	Ausência de litíase (n=26)
Risco elevado (n=64)	56	8
Risco baixo (n= 20)	2	18

Para o diagnóstico de coledocolitíase, o algoritmo apresentou os seguintes valores: sensibilidade 97%, especificidade 69%, valor preditivo positivo 88% e valor preditivo negativo 90%, com uma acuidade global de 88%.

Conclusão: Em doentes com suspeita clínica de coledocolitíase, o algoritmo proposto revela uma sensibilidade elevada (97%) para o diagnóstico de litíase da via biliar, permitindo seleccionar os doentes a quem propor CPRE terapêutica, evitando exames desnecessários e potencialmente nocivos.

Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

209

PANCREATITE A MESSALAZINA: REACÇÃO DE TOXICIDADE RARA

Ladeira N., Silva R., Velosa M., Andrade C., Jasmins L., Teixeira R.

As reacções de toxicidade aos Aminossalicilados são raras, estando muitas vezes associadas a reacções de hipersensibilidade, que podem incluir Rash cutâneo, Hepatite e Pancreatite.

Os autores descrevem um caso clínico referente a uma jovem com diagnóstico recente de Colite Ulcerosa (esquerda) e que após uma semana de terapêutica oral com Messalazina desenvolve quadro clínico de dor abdominal epigástrica, com irradiação dorsal, náuseas e elevação analítica dos valores de Lipase (533 U/L) e Amilase (142 U/L). Durante o internamento realizou TC abdominal que apenas revelou discreto edema da região cefálica pancreática.

Apresentou boa evolução clínica, com suspensão de Messalazina e terapêutica de suporte.

Manteve-se assintomática da Colite ulcerosa, medicada com enemas de Budesonido, no entanto, 2 meses após o episódio inicial tentou-se reintrodução de 5-ASA espuma, tendo a doente apresentado 4 dias após o início desta terapêutica novo episódio clínico e laboratorial compatível com Pancreatite aguda.

Neste novo internamento, foram excluídas outras etiologias menos frequentes de Pancreatite como alteração da anatomia Pancreática e etiologia auto-imune.

Realça-se, que apesar da raridade, esta complicação deve ser tida em consideração e que, apesar de apresentar menor absorção sistémica, a via tópica também pode desencadear Pancreatite.

Hospital Central do Funchal
Serviço de Gastroenterologia

210

SERÁ A COLECISTECTOMIA NECESSÁRIA, APÓS ESFINCTERECTOMIA POR COLEDOCOLITÍASE APÓS OS 70 ANOS?

Santos H., Sousa AL., Sousa D., Peixe B., Ramos A., Guerreiro H.

Introdução: Nos doentes com coledocolitíase complicada, a colecistectomia (COT) é, geralmente, recomendada após esfincterectomia (ETE) e remoção endoscópica dos cálculos. Contudo, essa recomendação é controversa nos grupos com más condições cirúrgicas ou idosos optando-se, muitas vezes, por uma abordagem conservadora com vesícula in-situ. **Objectivo:** avaliar o benefício da COT após ETE por coledocolitíase nos dts com mais de 70 anos.

Métodos/Doentes: avaliação retrospectiva dos processos dos doentes sujeitos a ETE por coledocolitíase entre Junho de 2002 e Dezembro de 2005 e seguidos no nosso hospital por um período mínimo de 36 meses. Foram estabelecidos 2 grupos conforme a realização programada de COT (G-COT) ou não (G-NCOT) após ETE e remoção endoscópica de cálculos. Foi feita a comparação entre novos eventos relacionados com litíase biliar: colecistite, colangite, pancreatite, colestase e cólica biliar. Registámos também a necessidade de nova CPRE e as complicações da COT. **Análise estatística:** Teste 2 e t-Student – IC-95%.

Resultados: Realizada ETE em 113 doentes: G-COT (30) e G-NCOT (83) homogéneos quanto à presença de comorbilidades, de colelitíase e dimensão da ETE. Idade superior no G-NCOT (79 ±7 Vs 76 ±6 anos, p-0,019). A ocorrência de novos eventos relacionados com coledocolitíase foi mais frequente no G-NCOT (27,7% Vs 16,7%) mas sem atingir significado estatístico (p-0,325). Considerando as 2 complicações pós COT (1 óbito por sépsis e 1 deiscência da sutura) como eventos, essa diferença é ainda menor (p-0,81). Não se registaram diferenças na necessidade de nova CPRE (p-0,77). 12 dos doentes do G-NCOT vieram a ser operados na sequência de novas complicações de litíase biliar, sem complicações cirúrgicas.

Conclusões: em doentes com idade superior a 70 anos, com coledocolitíase complicada e com tratamento endoscópico bem sucedido, a COT não mostrou benefícios, sendo aceitável tratamento não cirúrgico neste grupo etário.

S. de Gastroenterologia do Hospital Central de Faro

211

PANCREATITE AUTOIMUNE: UM DESAFIO CLÍNICO

Barreiro P., Bispo M., Bana T., Marques P., Serra D., Chagas C., Couto G., Matos L.

O termo "pancreatite autoimune" foi utilizado pela primeira vez em 1995 para descrever uma forma de pancreatite crónica associada a achados clínicos, analíticos e histológicos de autoimunidade.

Os autores apresentam o caso de um homem de 34 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes, que iniciou quadro progressivo de mal estar geral e desconforto epigástrico surgindo icterícia e colúria cerca de um mês após o início das queixas. Recorreu ao SU onde se objectivou icterícia sem outras alterações relevantes ao exame objectivo. Analiticamente apresentava padrão colestatático moderado (GGT – 191UI/L, FA - 340UI/L, bilirrubina total – 5.57mg/dl) e citólise ligeira (AST- 86UI/L e ALT- 133UI/L). A ecografia e TC abdominal revelaram dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas com afilamento distal da via biliar principal (VBP). Realizou-se CPRE que confirmou os achados descritos, e efectuou-se biópsias e citologia esfoliativa da VBP terminal, que não mostraram evidência de malignidade. Neste exame colocou-se prótese plástica biliar. Posteriormente a RMN pancreática com colangio-RM mostrou somente heterogeneidade muito discreta na região cefálica pancreática. Realizou-se ecoendoscopia que revelou região cefálica pancreática globosa, e pâncreas globalmente hipocogénico com focos hiperecogénicos e contornos irregulares, sem visualização dos ductos pancreáticos. Procedeu-se a punção pancreática com agulha de biópsias. Esta confirmou fibrose extensa, infiltrado linfoplasmocitário predominantemente periductal e perivenular, e ductos atroficos. Analiticamente o doente apresentava IgG 4 duas vezes superior ao normal. Registou-se alguma melhoria clínica após drenagem biliar, contudo e ainda durante o internamento o doente desenvolve quadro de diarreia sanguinolenta, associada a aumento dos parâmetros inflamatórios que, após estudo etiológico, concluiu ser uma primeira manifestação de colite ulcerosa extensa. Os achados confirmam os diagnósticos de pancreatite auto-imune e colite ulcerosa associados. O doente foi medicado com corticoterapia com evidente melhoria clínica, tendo sido removida a prótese biliar sem recidiva de colestase. Apresenta-se iconografia.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

212

COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA TRANSHEPÁTICA DE PRÓTESES METÁLICAS EM OBSTRUÇÕES BILIARES MALIGNAS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Bispo M., Bana T., Barreiro P., Serra D., Matos L.

A colocação por CPRE de próteses metálicas constitui actualmente a terapêutica paliativa preferencial em obstruções biliares malignas irressecáveis. No entanto, esta abordagem endoscópica é tecnicamente impossível em alguns doentes. Os autores apresentam a sua experiência na colocação por via percutânea transhepática de próteses metálicas auto-expansíveis em 2 casos de obstruções biliares malignas irressecáveis, após insucesso técnico na abordagem por CPRE. Os doentes, de 65 e 80 anos, apresentavam icterícia obstrutiva no contexto de colangiocarcinoma pós-gastrectomia subtotal tipo Billroth II e adenocarcinoma do pâncreas avançado, respectivamente. Dada a impossibilidade técnica de abordagem por CPRE, foi realizada CPT, com colocação percutânea transhepática de próteses biliares Wallstent® (Boston Scientific™). Registou-se sucesso técnico nos 2 procedimentos de drenagem, com excelente palição dos sintomas de colestase. A sobrevida dos doentes foi de 56 e 32 dias (doente de 65 e 80 anos, respectivamente), sem evidência de oclusão das próteses até ao momento do óbito. Perante a impossibilidade técnica de realizar CPRE, a colocação por Gastroenterologistas de próteses metálicas biliares por via percutânea transhepática constituiu uma alternativa terapêutica eficaz nestes doentes e sem o desconforto associado à permanência de um catéter de drenagem percutâneo.

Apresenta-se iconografia demonstrativa da técnica.

S. Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

213

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO PALEATIVO DAS ESTENOSSES MALIGNAS DO HILO

Liberato M., Canena J.

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

Sumário e Resultados: Foram estudados 390 doentes com idade compreendida entre os 45 e 96 anos (idade média 74.4 A). A colocação de próteses foi conseguida em 365 doentes (93.6%); PBP em 176 doentes (48.2%) e PME em 189 doentes (51.8%).

Grupos	Doentes	Sucesso Técnico
G1	179	174(97.2%)
G2	125	117(93.6%)
G3	86	74(86%)

Grupo 1 – Colocadas 95(54.6%) PBP e 79(45.4%) PME

Grupo 2 – Colocadas 52(44.4%) PBP (34 com próteses bilaterais)
Colocadas 65(55.6%) PME (37 com próteses bilaterais)

Grupo 3 – Colocadas 29(39.2%) PBP e 45(60.8%) PME

Complicações Precoces: Em 9(5.1%) doentes com PBP. Colangite em 7 e migração da prótese em 3 doentes.

Complicações Tardias: Em 96(54.5%) doentes com PBP. Obstrução em 88(50%); 58 com colangite; migração em 8(4.5%) doentes. Nas PME: obstrução em 50(26.5%) doentes com colangite em 10. Os restantes 139 doentes com PME não necessitaram de reintervenção endoscópica.

Patência Média:

Centro de Gastroenterologia, Hospital Cuf Infante Santo

214

TUBERCULOSE PANCREÁTICA: UMA FORMA RARA DE TUBERCULOSE

Afonso M., Leite S., Pinto J., Veloso R., Pinho R., Freitas T., Carvalho J., Fraga J

Os autores apresentam o caso de paciente, do sexo masculino, 47 anos de idade, com antecedentes de alcoolismo e dislipidemia. Internamentos em Agosto e Setembro de 2007 por pancreatite aguda e abscesso peri-pancreático. Em Abril de 2008 recorre a Consulta de Gastroenterologia por dor abdominal e emagrecimento (20Kg em 6 meses). Ao exame objectivo, pele e mucosas coradas, apirético. Peso 70Kg, IMC – 24Kg/m². Dor à palpação na fossa ilíaca esquerda que agravava com a flexão da coxa. Adenomegalias inguinais à esquerda, dolorosas. O estudo analítico revelava: Hb – 12,6 g/dL. Trombocitose (776000/uL), Leucócitos – 17910/uL, Neutrófilos – 12270/uL, Monócitos – 2080/uL, Proteína C reactiva – 12,76. GGT – 117U/L (N<61), Fosfatase alcalina – 311U/L (N<129), Bilirrubina normal, Albumina – 3,3g/dL. IgG – 1,5XN. INR – 1,28, taxa de protrombina – 71%, Cálcio total – 9,8mg/dL, amilase – 14U/L. Triglicérides – 106mg/dL, Colesterol total – 124mg/dL, HDL – 20mg/dL, LDL – 83mg/dL. TC abdomino-pélvico: volumoso abscesso do músculo psoas esquerdo com cerca de 8 x 5,6 x 14,6 cm que se estendia desde a loca esplénica, cursando posteriormente ao estômago e com provável relação com história de abscesso pancreático. Alteração da morfologia pancreática, nomeadamente na região cefálica, em provável relação com os antecedentes de pancreatite aguda. Efectuada drenagem percutânea de abscesso com isolamento (no exsudado) de DNA por PCR de *M. tuberculosis complex*. RM abdómen/CPRM (após drenagem): Discreta proeminência das VBIH nos planos da placa hilar e lobo esquerdo. Vesícula globosa do tipo colestático, colédoco proeminente sem sinais de obstrução intrínseca coledócica nomeadamente de causa litíásica. Pâncreas: atrofia parenquimatosa a nível do corpo e cauda ...aspecto flegmonoso peri-glandular. Iniciou antibióticos em Maio de 2008 (isoniazida+rifampicina +pirazinamida+ etambutol) em regime de internamento com evolução favorável com critérios de cura.

Centro Hospitalar de V N Gaia