



Ano XVII | Vol 17 | Nº4 | Maio/Junho 2010

Jornal Português de Gastroenterologia

Suplemento

ESPECIAL CONGRESSO

XXX congresso nacional

de Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia

09-12 Junho, 2010

Centro de Congressos, Vilamoura

APOIO:



Órgão Oficial

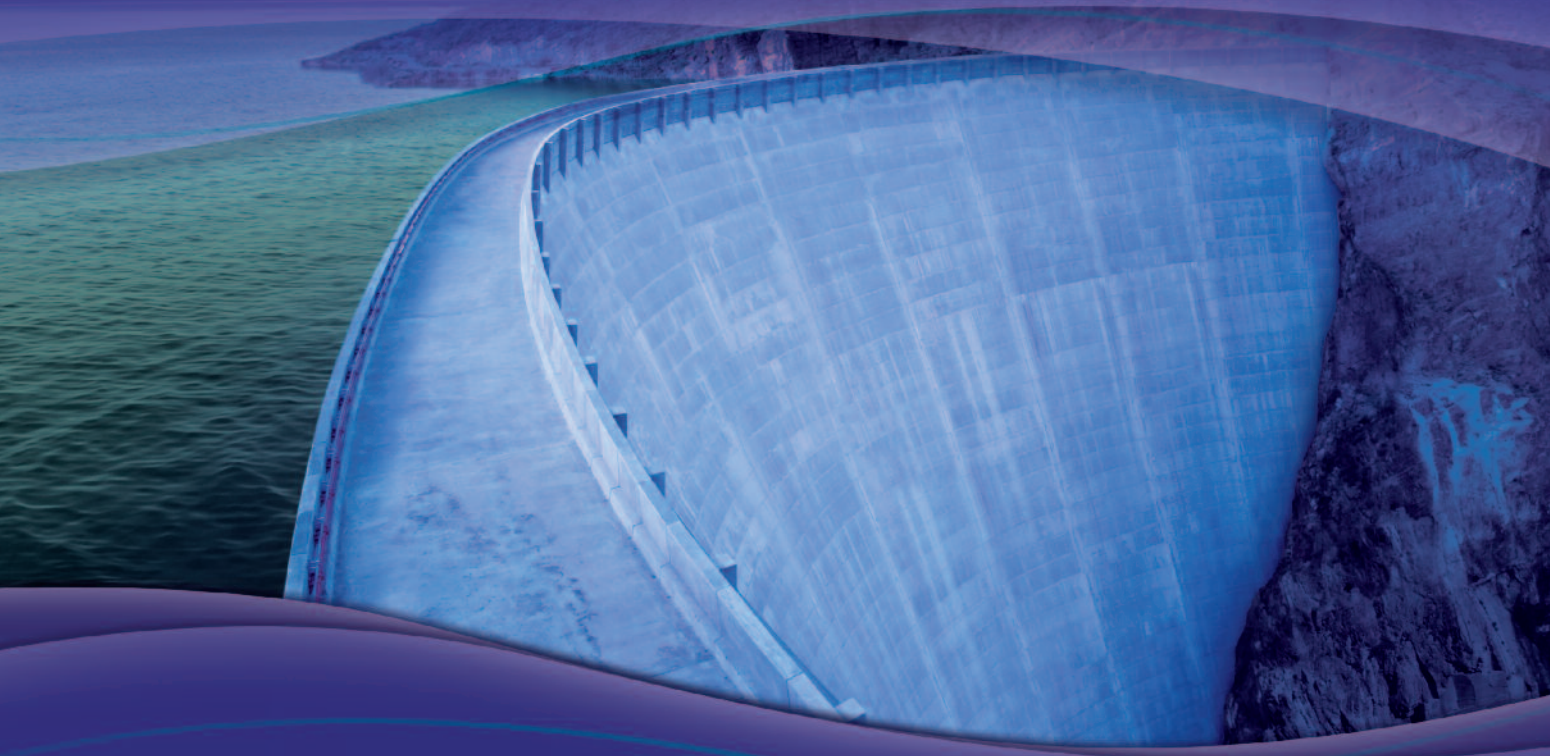


Sociedade Portuguesa
de Gastroenterologia



ISSN N.º 0872-8178

Baraclude® Ajuda a evitar a resistência ano após ano durante 6 anos em doentes naïve para análogos nucleós(t)idos (ANs)¹⁻³



Escolha Baraclude® para os seus doentes com hepatite B crónica, naïve para ANs⁴

Uma supressão viral eficaz e uma barreira genética elevada protege contra a resistência a longo prazo^{1,5}

Referências:

1. Baraclude® (entecavir). Resumo das Características do Medicamento. Agosto de 2009.
2. Colonna RJ, Rose R, Pokornowski K, et al. Four-year Assessment Of Entecavir Resistance In Nucleoside Naïve and Lamivudine Refractory Patients. Oral presentation at the 42nd Meeting of the European Association for the Study of Liver Diseases (EASL); April 11-15, 2007; Barcelona, Spain (J Hepatol. 2007; 46(Suppl. 1): S294. Abstract 781).
3. Tenney DJ, Pokornowski KA, Rose RE et al. Entecavir maintains a high genetic barrier to HBV resistance through 6 years in naïve patients. Oral presentation at the 44th Annual Meeting of the European Association of the Study of the Liver (EASL); April 22-26, 2009; Copenhagen, Denmark. (J Hepatol 2009; 50(Suppl1): S10 Abstract 20). Available at http://natap.org/2009/EASL/EASL_31.htm (Accessed June 2009)
4. Lok AS-F, McMahon BJ. AASLD practice guidelines – chronic hepatitis B. Hepatology. 2007; 45: 507-539.
5. Locamini S, Omata M. Molecular virology of hepatitis B virus and the development of antiviral drug resistance. Liver International. 2006; 26: 11-22.

Nome do Medicamento: Baraclude comprimidos revestidos por película: 0,5 mg e 1 mg de entecavir (sua forma mono-hidratada). Contém lactose. **Indicações terapêuticas:** Tratamento da infeção pelo vírus da hepatite B (VHB) em adultos com doença hepática compensada e evidência de replicação viral activa, níveis séricos de alanina aminotransferase persistentemente elevados e evidência histológica de inflamação activa e/ou fibrose. **Posologia e modo de administração:** Oral, uma vez por dia. **Doentes**

sem terapêutica prévia com nucleósidos: 0,5 mg uma vez por dia, com ou sem alimentos. **Doentes resistentes à lamivudina:** 1 mg uma vez por dia, que tem de ser tomada com o estômago vazio (mais de 2 horas antes ou mais de 2 horas após uma refeição). **Crianças e adolescentes:** Não é recomendado em crianças com idade inferior a 18 anos. **Idosos:** Ajustar a dose de acordo com a função renal do doente. **Compromisso renal:** Ajustar a dose em doentes com depuração da creatinina < 50 ml/min, incluindo os que efectuam hemodiálise ou diálise peritoneal em ambulatório contínua (DPAQ). **Compromisso hepático:** Não é necessário ajuste posológico. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos Indesejáveis:** Mais frequentes: cefaleia, fadiga, tonturas e náuseas. **Advertências e precauções:** deverá ter-se atenção aos doentes com compromisso renal, exacerbações de hepatite, cirrose descompensada, acidose láctica e hepatomegalia grave com estanoze, resistentes à lamivudina, receptores de transplante de fígado, co-infeção com hepatite C ou D, co-infectados pelo vírus da imunodeficiência humana, com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência lactase de Lapp, ou malabsorção glucose-galactose. Os doentes devem ser avisados que devem continuar a ser tomadas precauções adequadas relativamente à transmissão do VHB. **Interações:** O entecavir é predominantemente eliminado pelos rins, a co-administração com medicamentos que reduzem a função renal ou competem para a secreção tubular activa podem aumentar as concentrações séricas de qualquer dos medicamentos. Não foram observadas interações farmacocinéticas entre o entecavir e lamivudina, adefovir ou tenofovir. O entecavir não é um substrato, um inibidor ou um inibidor das enzimas do citocromo P450 (CYP450). Consequentemente, não é provável que as interações farmacológicas medidas pela CYP450 ocorram com o entecavir. **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Representante do titular da autorização de introdução no mercado: Bristol-Myers Squibb Farmacéutica Portuguesa, S.A. Quinta da Fonte, 2780-730 Paço de Arcos**



Bristol-Myers Squibb

Baraclude® é uma marca registada da Companhia Bristol-Myers Squibb e suas afiliadas.
©2008 Bristol-Myers Squibb. Reservados todos os direitos.

Baraclude®
(entecavir) 0,5 mg/1 mg comprimidos

Forte protecção contra a resistência em doentes sem experiência prévia com ANs



Jornal Português de Gastroenterologia

Ano XVII | Suplemento | Maio/Junho 2010

Director

Jorge Areias

Director-Adjunto

Guilherme Macedo, Isabelle Cremers

Editor-chefe

Rui Tato Marinho

Editores-Adjuntos

Beatriz Costa Neves,
F. Castro Poças, Pedro Figueiredo

Editores Web-SPG

Gilberto Couto, Leopoldo Matos,
Sandra Faias

Editores Web-SPED

Nuno Almeida, Rolando Pinho

Secretária de Edição

Helena Granado
e-mail: gejournal@mail.telepac.pt

Editores de Secção

Trubo Digestivo

Diniz de Freitas
José Cotter
Marília Cravo

Endoscopia

C. Nobre Leitão
Hermano Gouveia
Leopoldo Matos
Venâncio Mendes

Fígado

Jorge Areias
José Velosa
M. Carneiro de Moura

Vias Biliares

António Marques
Armando Ribeiro
Jorge Canena
António Pinto Correia
Nuno Grima

Pâncreas

Teresa Antunes
António Marques
José Manuel Pontes
Manuela Noronha

Imagiologia

Eduardo Pereira
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

Gastroenterologia Pediátrica

Fernando Pereira
Paulo Ramalho

Bioestatística

António Gouveia
Henrique Barros
Mário Dinis Ribeiro
Vítor Rodrigues

Cuidados Intensivos

José Manuel Romãozinho
Paula Alexandrino

Corpo editorial

A. Alberto Santos
Adélia Simão*
Adília Costa*
Albano Rosa
Alexandre Sarmento
Ana Horta e Vale
Ana Isabel Lopes*
Ana Teresa Cadime*
Ana Paula Oliveira
Angelo de Mattos
(Brasil) *
António Banhudo
António Curado*
Armando Carvalho
A. Sousa Guerreiro
Beatriz C. Neves
Beatriz Rodrigues*
Bento Charrua
Carla Marinho*
Carlos Noronha Ferreira*

Carlos Sofia*
Cidalina Caetano*
Ciléia Baldaia*
Ermelinda Camilo
Estela Monteiro
Fernando Pereira*
F. Castro Poças*
F. Távora Veloso
Fátima Augusto
Fátima Carneiro
Fátima Serejo
Fernando Ramalho
Filipe Calinas*
Francisco Portela
Guilherme Macedo
H. Cortez-Pinto
Helena Lomba Viana*
Horácio Guerreiro
Horácio Gutierrez
(Uruguai) *

Isabel Claro
Isabelle Cremers
Isabel Pedroto*
J. Pina Cabral
João Carvalho*
João de Deus
João Mangualde*
João Pimentel
Jorge Areias
Jorge Canena*
Jorge Esteves*
Jorge Fonseca*
José Cotter
José Fraga*
José Manuel Ferreira*
José Manuel Pontes
José Manuel Romãozinho
José Pedrosa
José Soares
José Velosa

Júlio Leite
L. Moreira Dias
Luís Carrilho Ribeiro
Luís Correia*
Luís Novais
Luís Tomé
Luísa Glória
Lurdes Tavares*
M. Mascarenhas Saraiva
Manuel Martins Alves*
Mariana Machado*
Mendonça Santos
Mário Dinis Ribeiro*
Miguel Raimundo*
Narcisa Fatela*
Nuno Grima*
Nuno Nunes*
Paula Lago*
Paula Ministro*
Paula Moura Santos*

Paula Peixe*
Paulo Fidalgo*
Paulo Souto*
Pedro Amaro*
Pedro Figueiredo
Pedro Lage
Regina Teixeira*
Rolando Pinho*
Rui Santos
Rui Silva*
Rui Tato Marinho
Rui Sousa*
Rui Victorino
Sandra Faias*
Sílvia Barrias

* novos revisores

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 | Peres-Soctip, SA | Tiragem 1.000 exemplares

Valor de Assinatura

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

Órgão Oficial das Sociedades



Sociedade Portuguesa
de Gastroenterologia



Revista médica bimestral. Publica-se em Fevereiro, Abril, Junho, Agosto, Outubro, Dezembro. Registo na ERC sob o nº 117866. Propriedade da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia - 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

Jorge Areias

Vice-Presidentes

Hermano Gouveia

Leopoldo Matos

José Cotter

Secretária-Geral

Beatriz Costa Neves

Tesoureiro

Eduardo Pires

Vogais

Américo Silva, Ana Maria Horta e Vale,

Curado, Dário Gomes, F. Castro

Gilberto Couto, José Estevens, Luís

Paulo Souto, Pedro Amaro, Rui Tato Marinho,

Silva, Sandra Faias

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente

José Velosa

Vice-Presidente

Tristan Barros

Secretária

Isabel Pedroto

CONSELHO FISCAL

Presidente

Carlos Sofia

Secretário

Maria do Céu Salgado

Vogal

Nuno Nunes



Sociedade Portuguesa
de Endoscopia Digestiva

www.sped.pt

DIRECÇÃO

Presidente

Marie Isabelle Cremers

Vice-Presidentes

Guilherme Macedo

Pedro Figueiredo

António Dias Pereira

Secretário-Geral

Jorge Esteves

Tesoureiro

António Marques

Vogais

Fernando Conceição Pereira, Mário

Ribeiro, Ana Teresa Cadime, Maria

Ministro dos Santos, Cristina Chagas,

Margarida Sampaio, Nuno Nunes

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente

José Manuel Romãozinho

Vice-Presidente

Bento Charrua

Secretário

José Pedrosa

CONSELHO FISCAL

Presidente

Venâncio Mendes

Secretário

José Pina Cabral

Vogal

António Curado



Associação Portuguesa
para o Estudo do Fígado

www.apecf.com.pt

DIRECÇÃO

Presidente

Guilherme Macedo

Vice-Presidente

Armando Carvalho

Secretária-geral

Paula Peixe

Tesoureira

Regina Gonçalves

Vogais

Ana Paula Silva, Dário Gomes,

Miguel Raimundo

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente

Rui Tato Marinho

Vice-Presidente

Leopoldo Matos

Secretária

Adélia Simão

CONSELHO FISCAL

Presidente

Jorge Areias

Secretário

Fátima Serejo

Vogal

Filipe Calinas

SECÇÕES ESPECIALIZADAS DA SPG



Núcleo de Motilidade Digestiva

DIRECÇÃO

Presidente

João Rodrigues de Carvalho

Secretária-Geral

Teresa Freitas

Vogais

Maria do Céu Salgado

Luís Correia

Paulo Souto



Clube Português do Pâncreas

Clube Português
do Pâncreas

www.cppancreas.com

DIRECÇÃO

Presidente

Teresa Antunes

Vice-Presidente

Rui Sousa

Secretário

Manuela Noronha

Vogais

António Marques, Jorge Silva,

Albano Rosa, Rui Palma



GRUPUGE

Grupo Português de Ultrassons
em Gastroenterologia (GRUPUGE)

DIRECÇÃO

Presidente

Eduardo Pereira

Vice-Presidentes

Francisco Portela

Helena Lomba Viana

Secretário-Geral

Mário Dinis Ribeiro

Vogais

Fernando Castro Poças

António Alberto Santos

António Marques

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente

José Manuel Pontes

Secretário

Pedro Pinto Marques



O tratamento da
diarreia
é uma questão de
equilíbrio

UL-250[®]

Saccharomyces boulardii

- **Normalizador da flora intestinal⁽¹⁾**
- **Resistente às secreções digestivas e aos antibióticos⁽²⁾**
- **Acção enzimática com aumento da actividade das dissacaridasas⁽³⁾**
- **Estimulador das defesas imunitárias⁽⁴⁾**

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

1- Swidsinski A et al. Biostructure of fecal microbiota in healthy subjects and patients with chronic idiopathic diarrhea. *Gastroenterology*. 2008;135(2):568-579. 2- Bergogne-Berezin E. Impact ecologique de l'antibiotherapie. Place des micro-organismes de substitution dans le controle des diarrhees et colites associees aux antibiotiques. *Presse Med* 1995; 24:145-56. 3- Buts JP et al. *Pediatric Research* 1986;20(2):192-196 4- Buts JP et al. *Digestive Diseases And Sciences*. 1990;35(2):251-256

Comissão Organizadora

PRESIDENTE

Hermano Gouveia

VICE PRESIDENTE

Pedro Figueiredo

Guilherme Macedo

COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTÍFICA

Albano Rosa

Américo Silva

Ana Teresa Cadime

Dário Gomes

Francisco Portela

Hermano Gouveia

Maria Paula Ministro

Paulo Souto

Pedro Amaro

Pedro Figueiredo

SPG – SPED – APEF – SECRETARIADO

Maria José Ilharco - Coordenadora

Helena Granado

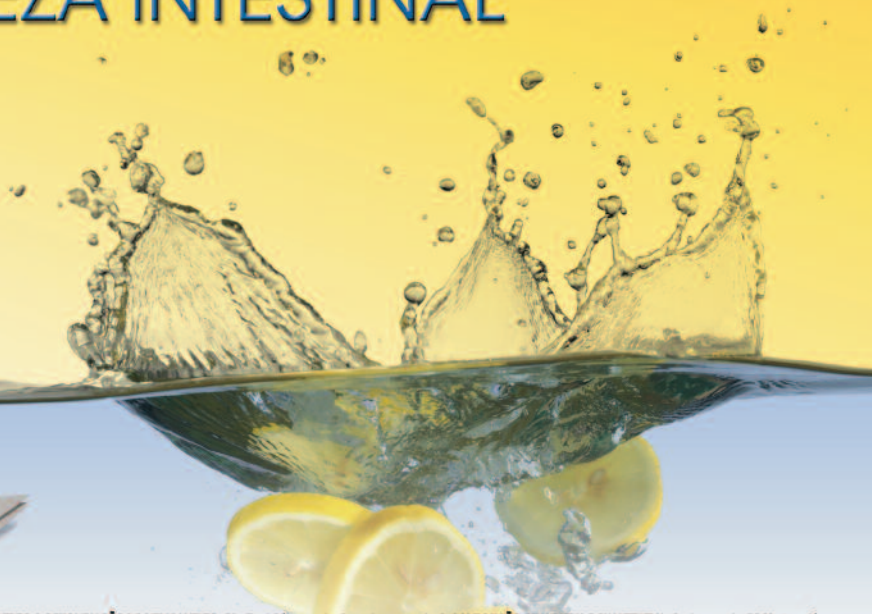
Andreia Neto

Cândida Rodrigues



CitraFleet®

UM NOVO CONCEITO NA LIMPEZA INTESTINAL



RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO, ROTULAGEM E FOLHETO INFORMATIVO. RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO. 1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO. CitraFleet. Pó para solução oral em saqueta. 2. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Cada saqueta (15,08 g) contém as seguintes substâncias activas: Picosulfato de sódio: 10,0 mg, Óxido de magnésio leve: 3,5 g, Ácido cítrico anidro: 10,97 g. Cada saqueta também contém 5 mmol (ou 196 mg) de potássio (ver secção 4.4). Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.3. **FORMA FARMACÉUTICA.** Pó para solução oral, em saqueta. Pó cristalino branco com sabor a limão. 4. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS. 4.1 Indicações terapêuticas.** Para limpeza intestinal antes de procedimentos de diagnóstico que exijam um intestino limpo, por exemplo colonoscopia ou exame radiográfico. 4.2 **Posologia e modo de administração.** Via de administração: Oral. Recomenda-se uma dieta de baixo teor em resíduos no dia anterior ao procedimento hospitalar. Para evitar a desidratação durante o tratamento com CitraFleet, é recomendável beber aproximadamente 250 ml por hora de água ou outros líquidos enquanto persistir o efeito de eliminação. Instruções de reconstituição: Consultar a secção 6.6. **Adultos (incluindo idosos) com 18 anos ou mais:** Uma saqueta reconstituída em água de acordo com as instruções, tomada antes das 8 horas da manhã no dia antes do procedimento. Tomar a segunda saqueta 6 a 8 horas depois. 4.3 **Contra-indicações.** Hipersensibilidade a qualquer um dos excipientes do medicamento, insuficiência cardíaca congestiva, desidratação grave, hipermagnesemia, retenção gástrica, ulceração gastrointestinal, colite tóxica, megacólon tóxico, febre, náuseas e vómitos, ascite, patologias abdominais agudas do foro cirúrgico como apendicite aguda, e obstrução ou perfuração gastrointestinal conhecida ou suspeita. Não utilizar em doentes com rابدومئیسة visto que os lavantes podem induzir rابدومئیسة e, por conseguinte, podem exacerbar a doença. Não utilizar em doentes com doença intestinal inflamatória activa, como por exemplo, doença de Crohn e colite ulcerosa. Em doentes com uma função renal severamente diminuída, pode ocorrer acumulação de magnésio no plasma. Nestes casos deve ser utilizada outra preparação. 4.4 **Advertências e precauções especiais de utilização.** CitraFleet não deve ser utilizado como lavante de rotina. CitraFleet causou raramente casos graves e potencialmente fatais de perturbações electrolíticas em doentes idosos frágeis ou debilitados. Portanto, a relação benefício/risco de CitraFleet necessita de ser cuidadosamente examinada antes de se iniciar o tratamento nesta população em risco. Ao prescrever-se CitraFleet a um doente, deve prestar-se uma atenção especial às contra-indicações conhecidas e ter-se em consideração a importância de uma hidratação adequada e, nas populações em risco (definidas a seguir), a importância de se obterem também os níveis de electrolitos iniciais e pós-tratamento. Os doentes idosos e debilitados e os doentes em risco de hipocalcemia ou de hiponatremia podem necessitar de uma atenção especial. CitraFleet deve ser utilizado com precaução em doentes com perturbações conhecidos do equilíbrio hídrico e/ou electrolítico ou que estão a ser tratados com medicamentos que podem afectar este equilíbrio, por exemplo, diuréticos, corticosteróides, lítio (ver secção 4.5). Devem tomar-se precauções em doentes que foram submetidos recentemente a cirurgia gastrointestinal ou que têm insuficiência renal, desidratação ligeira a moderada, hipotensão ou uma cardiopatia. O período de limpeza intestinal não deve exceder 24 horas porque uma preparação mais longa pode aumentar o risco de desequilíbrio hidro-electrolítico. CitraFleet pode modificar a absorção de medicamentos orais prescritos regularmente e deve ser utilizado com precaução; por exemplo, foram notificados casos isolados de convulsões em doentes em anti-epilépticos com epilepsia previamente controlada (ver secções 4.5 e 4.8). Este medicamento contém 5 mmol (ou 196 mg) de potássio por saqueta. Nas doentes com uma função renal diminuída ou nas doentes em dieta com ingestão controlada de potássio deve-se ter este aspecto em consideração. 4.5 **Interações medicamentosas e outros tipos de interacção.** Como purgante, CitraFleet aumenta a velocidade do trânsito gastrointestinal. A absorção de outros medicamentos administrados por via oral (por exemplo, anti-epilépticos, contraceptivos, antibióticos e antifúngicos) pode, portanto, ser modificada durante o período de tratamento (ver secção 4.4). Os antibióticos do tipo das tetraciclina e das fluorquinolonas e a penicilamina devem ser tomados pelo menos 2 horas antes e não menos de 6 horas depois da administração de CitraFleet para evitar a queção com o magnésio. A eficácia de CitraFleet é diminuída por lavantes expansores do volume. Devem tomar-se precauções com doentes que já estão a tomar medicamentos que podem estar associados a hipocalcemia (como diuréticos ou corticosteróides, ou medicamentos com os quais existe um risco especial de hipocalcemia, por exemplo glicocorticóides corticóides). Também se aconselha precaução nos casos em que CitraFleet é utilizado em doentes medicados com anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) ou com medicamentos conhecidos por induzirem a síndrome da secreção inadequada de hormona antidiurética (SIHA), por exemplo, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, anti-pápicos e carbamazepina, dado que estes medicamentos podem aumentar o risco de retenção de água e/ou de desequilíbrio electrolítico. 4.6 **Gravidez e aleitamento.** Não existem dados clínicos em mulheres grávidas expostas nem dados sobre toxicidade reprodutiva com CitraFleet. Como o picosulfato é um laxante estimulante, como medida de segurança é preferível evitar a utilização de CitraFleet durante a gravidez. Não existe experiência com a utilização de CitraFleet em mães o amamentar. Contudo, devido às propriedades farmacocinéticas das substâncias activas, pode ter-se em consideração o tratamento com CitraFleet em mulheres que estão a amamentar. 4.7 **Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas.** CitraFleet pode causar fadiga ou tonturas, provavelmente em consequência de desidratação, as quais podem ter um efeito ligeiro a moderado sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas. 4.8 **Efeitos indesejáveis.** Os acontecimentos adversos mais frequentes notificados em ensaios clínicos utilizando a associação de picosulfato de sódio e citrato de magnésio foram relacionados com efeitos directos a nível intestinal (dor abdominal e náuseas) e com as consequências de diarreia e desidratação (perturbação do sono, boca seca, sede, cefaleias e fadiga). Apresentam-se a seguir os efeitos indesejáveis de acordo com a Classe de Sistema de Órgãos MedDRA e com o Termo Preferido, utilizando a seguinte convenção sobre frequência: muito frequentes (≥1/10); frequentes (≥1/100, <1/10); pouco frequentes (≥1/1.000, <1/100). Os cálculos das frequências basearam-se em dados obtidos de uma análise dos estudos clínicos. Os efeitos indesejáveis que não foram comunicados nesses ensaios clínicos são descritos como "frequência não conhecida". Doenças do sistema imunitário. Frequência não conhecida: Reação anafilactóide, hipersensibilidade. Doenças do metabolismo e da nutrição. Frequência não conhecida: Hiponatremia. Hiponatremia. Perturbações do foro psiquiátrico. Frequentes: Perturbações do sono. Doenças do sistema nervoso. Frequentes: Cefaleias. Pouco frequentes: Tonturas. Frequência não conhecida: Epilepsia, convulsões do tipo grande mal, convulsões estado confusional. Vasculopatias. Pouco frequentes: Hipotensão ortostática. Doenças gastrointestinais. Muito frequentes: Dor abdominal. Frequentes: Boca seca, náuseas, distensão abdominal, desconforto anal, proctalgia. Pouco frequentes: Vómitos, incontinência fecal. Frequência não conhecida: Diarreia*, flatulência. * A diarreia é o efeito clínico principal de CitraFleet. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos. Frequência não conhecida: Exantema cutâneo (incluindo exantema eritematoso e maculopapular), urticária, prurido, púrpura. Perturbações gerais e alterações no local de administração. Frequentes: Sede, fadiga. Frequência não conhecida: Dor. Foi comunicada hiponatremia com ou sem convulsões associadas (ver secção 4.4). Em doentes epilépticos foram feitas comunicações de convulsões e de convulsões de grande mal epiléptico sem hiponatremia (ver secções 4.4 e 4.5). 4.9 **Sobredosagem.** Não foram comunicados casos de sobredosagem com CitraFleet ou com associações semelhantes de picosulfato de sódio e citrato de magnésio. Contudo, devido ao seu modo de acção, é de prever que uma sobredosagem de CitraFleet cause diarreia profusa com desidratação e perda de electrolitos. A desidratação pode também causar hipotensão ortostática e tonturas. A desidratação e os desequilíbrios electrolíticos devem ser corrigidos com líquidos e electrolitos conforme necessário. 5. **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propriedades farmacodinâmicas.** Classificação Farmacoterapêutica - 6.3.2.1.2 - Laxantes de contacto. Grupo farmacoterapêutico: Picosulfato de sódio, associações, código ATC: A06A B58. Os componentes activos de CitraFleet são o picosulfato de sódio, um catártico estimulante com actividade local a nível do cólon, e o citrato de magnésio que actua como laxante osmótico retendo água no cólon. A acção é de um efeito potente de "eliminação" associado a uma estimulação peristáltica para limpar o intestino antes de um exame radiográfico, colonoscopia ou cirurgia. O medicamento não está indicado para uso como lavante de rotina. 5.2 **Propriedades farmacocinéticas.** Os dois componentes activos têm actividade local a nível do cólon e nenhum em quantidades detectáveis. Em doentes com uma função renal severamente diminuída, pode ocorrer acumulação de magnésio no plasma. 5.3 **Dados de segurança pré-clínicos.** Os estudos de desenvolvimento pré-natal em ratos e coelhos não revelaram qualquer potencial teratogénico após administração oral de picosulfato de sódio até 100 mg/kg/dia, no entanto observou-se embriotoxicidade nas duas espécies neste nível de dose. Em ratos, doses diárias de 10 mg/kg durante as fases tardias da gestação (desenvolvimento fetal) e durante o aleitamento diminuíam os pesos corporais e a sobrevivência das crias. A fertilidade de machos e fêmeas não foi afectada pelas doses orais de picosulfato de sódio até 100 mg/kg. 6. **INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS. 6.1 Lista dos excipientes.** Hidrogenocarbonato de potássio, Sacarina sódica, Aroma de limão, maltodextrina, tocoferol E307. 6.2 **Incompatibilidades.** Não aplicável. 6.3 **Prazo de validade.** Saquetas não abertas: 18 meses. Utilizar imediatamente após a reconstituição. 6.4 **Precauções especiais de conservação.** Não conservar acima de 25°C. 6.5 **Natureza e conteúdo do recipiente.** O pó é apresentado em saquetas de doses unitárias de 15,08 g. As saquetas são acondicionadas em embalagens de 2, 50, 100, 200, 500 e 1000 saquetas ou de 50 saquetas (embalagem hospitalar). A saqueta é um complexo formado por uma camada de políster, uma camada intermédia de alumínio e uma camada interna de polietileno. É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações. 6.6 **Precauções especiais de eliminação e manuseamento.** Instruções de reconstituição: Reconstituir o conteúdo de uma saqueta numa chávena de água (aproximadamente 150 ml). A solução resultante tem um aspecto turvo. Mexer durante 2 a 3 minutos e beber a solução. Se aquecer, deixar arrefecer o suficiente para beber. 7. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO.** Laboratorios Casen-Reflet S.L.U. Autóvia de Logroño km 13,300. 50180 UTREJO, Zaragoza, Espanha. 8. **NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO.** 2 saquetas: 5073331. 50 saquetas: 5074570. 9. **DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO.** 26/12/2007. 10. **DATA DA REVISÃO DO TÍTULO:** 09-2009.

Participantes no programa científico

A. DIAS PEREIRA
A. SARMENTO
ALBANO ROSA
ALCIDES CATRÉ
AMÉRICO SILVA
ANABELA PINTO
ANABELA SÁ
ANGEL LANAS
ANTÓNIO BANHUDO
ANTÓNIO CURADO
ANTÓNIO MARQUES
ANTÓNIO PINTO
ARMANDO CARVALHO
BEATRIZ COSTA NEVES
C. NOBRE LEITÃO
CARLA ROLANDA
CARLOS SOFIA
CÁRMEN GARRE SÁNCHEZ
CARMEN RIBEIRO
CLOTILDE LÉRIAS
CRISTIANO SPADA
CRISTINA CHAGAS
DÁRIO GOMES
DAVID MARQUES
DIAMANTINO SOUSA
DIANA SILVA
DINIZ DE FREITAS
EDUARDO PEREIRA
ERNESTINA CAMACHO
EUNICE TRINDADE
F. CASTRO POÇAS
F. TAVARELA VELOSO
FÁTIMA SEREJO
FAUSTO PONTES
FERNANDO MAGRO
FERNANDO MARTINHO

FERNANDO PEREIRA
FERNANDO RAMALHO
FRANCISCO PORTELA
G. D'AMICO
G. DELLE FAVE
GUILHERME MACEDO
GUILHERME PEIXE
GURKIPAL SINGH
HERMANO GOUVEIA
HORÁCIO GUERREIRO
HUGO PINTO MARQUES
ISABEL AFONSO
ISABEL PASCOAL
ISABEL TÁVORA
ISABELLE CREMERS
J. CASTEL-BRANCO DA SILVEIRA
J. PINA CABRAL
JAN TACK
J.F. COLOMBEL
JOÃO CARVALHO
JOÃO DE DEUS
JOÃO FREITAS
JAIME NATAN EISIG
JOAQUIM ANDRADE
JORGE AREIAS
JORGE ROSADO
JOSÉ MANUEL PONTES
JOSÉ COTTER
JOSÉ FRAGA
JOSÉ MANUEL ROMÃOZINHO
JOSÉ PEDROSA
JOSÉ VELOSA
JÚLIO LEITE
L. MOREIRA DIAS
LEOPOLDO MATOS
LUÍS CORREIA

LUÍS TOMÉ
M. CARNEIRO DE MOURA
M. CASTELO-BRANCO
MANUELA FERREIRA
MARGARIDA BORREGO
MARIA AUGUSTA CIPRIANO
MARIA JOÃO BARATA
MARÍLIA CRAVO
MÁRIO QUINA
MÁRIO TOSTE
MARISA MELO
MARTA SOARES
MASSIMO COLOMBO
MASSIMO PUOTI
MAXIMINO LEITÃO
NUNO ALMEIDA
PAULA ALEXANDRINO
PAULA MINISTRO
PAULA PEIXE
PAULO SOUTO
PEDRO AMARO
PEDRO FIGUEIREDO
PEDRO RIBEIRO
RAF BISSCHOPS
REGINA GONÇALVES
RICARDO TEIXEIRA
RUI MARINHO
RUI SOUSA
SEGURA CABRAL
SUSANA ALMEIDA
TELMA LOPES
TERESA ANTUNES
TERESA FREITAS
VENÂNCIO MENDES

Já tentou de tudo

e continua às voltas com o trânsito intestinal irregular?

Figos e tâmaras
estimulam e desencadeiam
o movimento intestinal



Tamarindo
hidrata

Ruibarbo
estimula suavemente
a contração dos intestinos

1 milhão de pessoas já encontraram a saída.



Continua sem ver a saída para o seu problema de trânsito intestinal irregular? Siga as indicações de 1 milhão de consumidores: Frutos & Fibras, o cubo original de eficácia comprovada* dos Laboratórios Ortis, à base de frutas naturalmente ricas em fibras, que regula o seu trânsito intestinal de forma suave e eficaz. Basta tomar um cubo ao deitar para que sinta o efeito logo pela manhã.

*De acordo com um teste de eficácia realizado pelos Laboratórios Ortis, entre Junho e Agosto de 2007, os cubos de Frutos & Fibras aceleraram o trânsito intestinal em 48%. 91,7% dos consumidores comprovaram a eficácia dos comprimidos Frutos & Fibras e 100% dos pais cujos filhos participaram nos ensaios de eficácia do produto recomendam o xarope.

Os suplementos alimentares não devem ser utilizados como substitutos de um regime alimentar variado. Em caso de dúvida, consulte o seu médico ou técnico de saúde.

À venda em farmácias.
Veja a loja mais perto de si em www.frutosefibras.com

Se não encontrar o produto ou desejar receber informações sobre o mesmo ou outros produtos da gama Ortis, envie um email para marketing@dietimport.pt ou ligue 218 543 125.



ORTIS

Suave para mim,
eficaz para o meu trânsito intestinal

Distribuidor Exclusivo: Dietimport, S.A. R. 1.º Dezembro, nº45,
3.ºdto.1249-057 Lisboa - Tel. 210 306 000 - Fax: 210 306 012

Agradecimento aos revisores de 2009

O GE-Jornal Português de Gastroenterologia agradece e reconhece a colaboração dos Revisores em 2009:

A. SOUSA GUERREIRO
ADÉLIA SIMÃO
ANA M.^a HORTA VALE
ANA PAULA OLIVEIRA
ANTÓNIO BANHUDO
ANTÓNIO MARQUES
BEATRIZ COSTA NEVES
BEATRIZ RODRIGUES
BENTO CHARRUA
EDUARDO PEREIRA
F. CASEIRO ALVES
F. CASTRO POÇAS
FÁTIMA AUGUSTO
FÁTIMA SEREJO
FERNANDO MAGRO
FERNANDO RAMALHO
FRANCISCO PORTELA
HELENA LOMBA VIANA
HERMANO GOUVEIA
ISABEL CLARO
ISABEL PEDROTO
ISABEL TÁVORA
J. E. PINA CABRAL
JOÃO DE DEUS
JORGE CANENA
JORGE ESTEVES

JOSÉ COTTER
JOSÉ MANUEL PONTES
JOSÉ PEDROSA
LUÍS ARAÚJO CORREIA
LUÍS CARRILHO RIBEIRO
LUÍS MOREIRA DIAS
LUÍS NOVAIS
LUÍSA GLÓRIA
M. MASCARENHAS SARAIVA
MANUEL MARTINS ALVES
MANUELA NORONHA
MARÍLIA CRAVO
MENDONÇA SANTOS
NARCISA FATELA
PAULA ALEXANDRINO
PAULA CHAVES
PAULO RAMALHO
PAULO SOUTO
PEDRO AMARO
PEDRO FIGUEIREDO
PEDRO LAGE
REGINA TEIXEIRA
RUI SANTOS
RUI SOUSA
SHEE VÁ
TERESA ANTUNES

Vem aí uma forma
diferente de tratar
o **Refluxo...**

GAVISCON



Disponível no mercado a partir de Agosto

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

Gaviscon, comprimido para mastigar e suspensão oral com odor e aroma de menta. Cada comprimido/5 ml de suspensão contém 250 mg de alginato de sódio, 133,5 mg de bicarbonato de sódio e 80 mg de carbonato de cálcio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico, como regurgitação ácida, pirose e indigestão (relacionada com o refluxo), que podem ocorrer por ex. após as refeições ou durante a gravidez, ou, para os comprimidos, em doentes com sintomas relacionados com esofagite. **Posologia e modo de administração:** Via oral. O comprimido deve ser completamente mastigado. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 2 a 4 comprimidos ou 10-20 ml de suspensão após as refeições e ao deitar (até 4 vezes por dia). Crianças com menos de 12 anos: Só sob aconselhamento médico. **Idosos:** Não é necessário ajuste posológico. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias activas ou a qualquer um dos excipientes, incluindo os ésteres de hidrobenzoatos (parabens) da suspensão oral. **Efeitos indesejáveis:** Muito raramente (<1/10.000): manifestações alérgicas, como urticária ou broncospasmo, reacções anafilácticas ou reacções anafilatóides. **Data de revisão do texto:** 03/2010.

Medicamentos não sujeitos a receita médica.

Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado

RECKITT BENCKISER HEALTHCARE, LDA. - Rua D. Cristóvão da Gama, 1 - 1.º C / D - 1400-113 Lisboa

Júri dos Prémios científicos do congresso

MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

Mário Júlio Campos (Presidente)

Ana Paula Silva

Pedro Duarte

Fernanda Maçoas

Eduardo Pires

MELHOR POSTER

Carlos Casteleiro Alves (Presidente)

Miguel Raimundo

Adélia Simão

João Baranda

Jorge Esteves

Rui Almeida Silva

MELHOR INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

José Cunha Sanguino (Presidente)

Bento Charrua

Margarida Sampaio

Isabel Bastos

Helena Vasconcelos

MELHOR CASO CLÍNICO

Isidoro Pimenta (Presidente)

Paulo Andrade

José E. Mendonça Santos

Sandra Faias

Luís Alberto

A Comissão Organizadora do XXX Congresso Nacional de Gastrenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia, agradece aos revisores dos trabalhos e aos membros dos diferentes júris dos prémios todo o seu esforço, dedicação e competência.

No tratamento da síndrome do cólon irritável

SPASMOMEN®

brometo de otilonio



- 1 Eficácia comprovada (1)
- 2 Melhoria Global dos sintomas (2)
- 3 Segurança e tolerabilidade (1)

Bibliografia

- (1) Antone la Spinelli - Irritable Bowel Syndrome-Department of Gastroenterology and Digestive Endoscopy, Policlinico di Monza, Monza, Italy; Clin Drug Invest 2007; 27 (1): 15-33 1173-2563/07/0001-0015.
(2) D. LESBROS-PANTOFlickOVA, P. MICHETTI, M. FRIED, C. BEGLINGER & A. L. BLUM - "Meta-analysis: the treatment of irritable bowel syndrome"; Aliment Pharmacol Ther 2004; 20: 1253-1269

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

1. NOME DO MEDICAMENTO SPASMOMEN 40 mg comprimidos. **2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido contém 40 mg de brometo de otilonio. Excipientes: Cada comprimido contém 28 mg de lactose. Cada comprimido contém entre 0,056 mg e 0,084 mg de sódio (sob a forma de amido glicolato de sódio). Lista completa de excipientes, ver secção 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido. **4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS** **4.1. Indicações terapêuticas:** Cólon irritável e manifestações espásticas dolorosas do tracto intestinal distal. **4.2. Posologia e modo de administração:** A posologia e a duração do tratamento deverão ser instituídas pelo médico em função da sintomatologia. Posologia média recomendada: 1 comprimido, 2 a 3 vezes por dia. **4.3. Contra-indicações:** Hipersensibilidade comprovada à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **4.4. Advertências e precauções especiais de utilização:** Spasmomen deve ser usado com precaução nos doentes com glaucoma, hipertrofia prostática e estenose pilórica. Este medicamento contém lactose. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **4.5. Interações medicamentosas e outras formas de interacção:** Não são conhecidas. **4.6. Gravidez e aleitamento:** Apesar de não terem sido assinalados efeitos embriotóxicos, teratogénicos ou mutagénicos, nos animais de experiência, não se recomenda o uso de Spasmomen durante a gravidez ou o período de lactação. **4.7. Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas:** Não estão descritos. **4.8. Efeitos indesejáveis:** Apesar da acção periférica do tipo atropínico, o Spasmomen, nas doses de tratamento, não parece provocar os efeitos indesejáveis graves descritos para a atropina. Nos estudos clínicos realizados os efeitos indesejáveis ocorreram raramente e em número semelhante ao descrito com as substâncias de controlo (placebo ou brometo de pinaverio) consistindo em: vertigens, cefaleia, mal-estar epigástrico, astenia, náuseas e vómitos. **4.9. Sobredosagem:** Dado que o brometo de otilonio é desprovido de toxicidade nos animais de experiência, não se prevê que na espécie humana possam surgir efeitos devidos a sobredosagem. Todavia, se ocorrerem, pode instituir-se uma terapêutica sintomática e de suporte. **5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS** **5.1. Propriedades farmacodinâmicas:** Grupo farmacoterapêutico: 6.4. Aparelho digestivo. Antiespasmódicos. Código ATC: A03AB06. O brometo de otilonio possui uma acção espasmolítica intensa e selectiva sobre a fibra muscular lisa do aparelho digestivo. Estudos efectuados demonstraram que o brometo de otilonio possui uma acção diferente dos anticolinérgicos: Interferência com a mobilidade dos iões Cálcio intra e extra-celulares. Supressão das contracções induzidas pelas taquicininas e portanto alívio da dor, pela ligação do brometo de otilonio aos receptores das taquicininas. Acção antagonista ao nível dos receptores muscarínicos específicos, sem causar efeitos muscarínicos sistémicos. A actividade espasmolítica local do Spasmomen no tracto digestivo manifesta-se em doses que não originam efeitos atropínicos sistémicos, devido à reduzida absorção do medicamento. **APROVADO EM 04-07-2008 INFARMED.** **5.2. Propriedades farmacocinéticas:** Os dados experimentais provam que após administração por via oral, a absorção do brometo de otilonio é reduzida, sendo a maior parte da fracção absorvida eliminada por via fecal na forma inalterada. **5.3. Dados de Segurança pré-clínica - Toxicidade aguda:** Por via oral não se observou mortalidade até 1500 mg/kg no rato e até 1000 mg/kg no cão. Toxicidade crónica: Não se observaram alterações hematológicas, químicas e histológicas nos animais de experiência, após a administração do brometo de otilonio na dose de 80 mg/kg, durante 180 dias. **Teratologia:** Não se observou qualquer efeito embriotóxico ou teratogénico no rato e no coelho, com a dose de 60 mg/kg. **Mutagenese:** Nos numerosos testes efectuados não se detectou qualquer efeito mutagénico. **6. INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS** **6.1. Lista dos excipientes:** Amido de arroz, lactose, amido glicolato de sódio, estearato de magnésio, hidroxipropilmetilcelulose, dióxido de titânio (E171), polietilenoglicol e talco. **6.2. Incompatibilidades:** Não são conhecidas. **6.3. Prazo de validade:** **APROVADO EM 04-07-2008, INFARMED,** 3 anos. **6.4. Precauções especiais de conservação:** Não conservar acima de 30°C. **6.5. Natureza e conteúdo do recipiente** Caixa de cartolina litografada com 20 ou 60 comprimidos acondicionados em blister opaco, constituído por um laminado triplo (PVDC/PVC/Alumínio), termocolado com folha de alumínio. **6.6. Precauções especiais de eliminação e manuseamento** Não são requeridas. **7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** A. Menarini Portugal-Farmacêutica, S.A., Quinta da Fonte Rua dos Malhões, nº 1 - Edifício D Manuel I - Piso 2A, 2770-071 Paço de Arcos, Portugal. **8. NÚMEROS DE AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** N.º de registo: 2857183 - 20 comprimidos, 40 mg, blisters de PVDC/PVC/Alumínio; N.º de registo: 2857282 - 60 comprimidos, 40 mg, blisters de PVDC/PVC/Alumínio. **9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO / RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** Data da primeira autorização: 22 Janeiro 1999. Data da última renovação: 22 Janeiro 2004. **10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO** Julho de 2008. **MSRM. Regime de comparticipação - R. Geral:** 37% / R. Especial: 52%. RCM Incluso. Para mais informações deverá contactar o Titular da AIM.



A. MENARINI PORTUGAL

A. MENARINI PORTUGAL - FARMACÉUTICA, S.A.
Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2A,
Rua dos Malhões nº 1 - 2770-071 Paço de Arcos
NIPC: 501 572 570 - Tel.: +351 210 935 500
E-mail: menporfarma@menarini.pt
www.menarini.com

SPAS 082/2010

Saudações aos congressistas

O XXX Congresso Nacional de Gastrenterologia, Endoscopia e Hepatologia, vai realizar-se no Centro de Congresso de Vilamoura de 9 a 12 Junho 2010.

A Comissão Organizadora quer agradecer a todos os que, com o seu trabalho dedicado, tornaram possível a construção da mais importante Reunião da Gastrenterologia Portuguesa. Neste agradecimento englobamos, os Júris de Selecção das Comunicações, dos Prémios e Oradores, mas também, os que nos quiseram honrar com a sua presença.

O primeiro dia será dedicado à Hepatologia, centrado no tratamento das hepatites crónicas B e C, carcinoma hepatocelular e nos consensos no diagnóstico e tratamento da hipertensão portal.

Procuramos diversificar o Programa Científico de modo a percorrer os assuntos mais controversos do tubo digestivo, fígado, pâncreas e vias biliares, endoscopia digestiva e, outras técnicas, que começam a emergir com interesse clínico sustentado.

Mostrando a pujança da Gastrenterologia Nacional teremos 12 sessões de comunicações orais e uma exposição de 120 posters.

Nos assuntos em que a experiência nacional ainda é limitada convidamos colegas estrangeiros que nos trarão as suas experiências e os seus trabalhos de investigação.

Temos a convicção que o Corpo Docente Nacional e Estrangeiro é altamente competente e daí, a certeza que temos que, no fim do Congresso, todos sairemos mais enriquecidos na nossa formação profissional.

Como as fronteiras do saber médico estão cada vez mais esbatidas os destinatários deste Congresso são: Gastrenterologistas, Internos da Especialidade, Internistas, Cirurgiões, Radiologistas, Anatomo-Patologistas etc, sem esquecer os Enfermeiros.

Desejamos sinceramente que o programa deste Congresso seja do vosso inteiro agrado.

Em nome da Comissão Organizadora e em meu nome pessoal, damos-lhe as boas-vindas ao Centro de Congressos de Vilamoura e à Reunião Magna da Gastrenterologia Portuguesa.

Hermano Gouveia

Presidente do Congresso

porque pode esperar sentado!



Ultraproct®

Fluocortolona + Lidocaína

anti-inflamatório
pivalato de fluocortolona



comparticipado

analgésico
cloridrato de lidocaína

05-09-0095PT

Denominação do medicamento: Ultraproct. **Composição:** 1 g de creme: 1 mg de 21-pivalato de fluocortolona e 20 mg de cloridrato de lidocaína (anidro). 1 supositório: 1 mg de 21-pivalato de fluocortolona e 40 mg de cloridrato de lidocaína. **Formas farmacêuticas:** Creme rectal. Supositórios. **Indicações terapêuticas:** Alívio sintomático da dor, edema ou prurido associado a doença hemorroidária. **Posologia e modo de administração:** Aconselhável a administração após a defecação. Região anal: deve ser limpa antes da aplicação. Duração do tratamento: não exceder as 2 semanas. Creme rectal (aplicar 2 vezes/dia, 1 de manhã e 1 à noite. Nos dias iniciais, poderá ser aplicado 3 vezes/dia. Com a melhoria dos sintomas, 1 aplicação/dia é, geralmente, suficiente. Uma pequena porção deve ser aplicada com o dedo na região e orifício anais, ultrapassando-se a resistência do esfíncter. Se o creme tiver que ser aplicado dentro do recto, utilizar o aplicador. Todavia, em lesões muito inflamadas e dolorosas, é aconselhável a aplicação interna do creme com o dedo, nas 1^{as} vezes. Os prolapso nodulares devem ser cobertos com uma espessa camada de creme e com muito cuidado introduzidos com o dedo para dentro do recto). Supositórios (geralmente 2 vezes/dia, de manhã e à noite, introduzindo o supositório profundamente no recto, mas 3 vezes durante os primeiros 3 dias, se as queixas forem intensas. Com melhoria contínua é suficiente, em muitos casos, 1 supositório/dia ou, então, em cada 2 dias). **Contra-indicações:** Infecções tóxicas na área afectada e na presença de sintomas das seguintes perturbações na mesma área: Hipersensibilidade, Processos específicos de pele (sífilis, tuberculose), Varicela, Reacções à vacinação. **Advertências:** Nas infecções bacterianas, virais, fúngicas ou parasitárias: necessária terapêutica adicional específica anti-infecciosa. A utilização de Ultraproct não dispensa o tratamento causal da doença hemorroidária. No caso do tratamento não ser rapidamente eficaz, este deve ser interrompido e o doente submetido a exame proctológico. Evitar o contacto de Ultraproct com os olhos. Recomenda-se a lavagem cuidadosa das mãos após cada aplicação. Não é recomendado o tratamento em crianças e adolescentes (não foram realizados estudos clínicos nestas classes etárias). Creme rectal: contém álcool cetoes-tearílico. Pode causar reacções cutâneas locais. **Interações:** A lidocalna deve ser administrada com precaução em doentes sob tratamento com fármacos anti-arrítmicos. **Efeitos indesejáveis:** perturbações de pele na região anal com queimadura, irritação e reacções alérgicas. As reacções alérgicas a qualquer um dos ingredientes do creme não devem ser excluídas. Após terapia prolongada com Ultraproct (para além das 4 semanas), existe o risco do paciente poder desenvolver alterações locais na pele como atrofia, estrias ou telangiectasia). Data da revisão do texto: 10/2009. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica. Creme rectal (regime de comparticipação: 37%), Supositório (não comparticipado). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

Programa Científico

4ª FEIRA 9 de Junho de 2010

ABERTURA DO SECRETARIADO

Foyer
12:00

ALMOÇO

Restaurante Aries
13:00 - 14:15

HEPATITES CRÓNICAS B E C - TRATAMENTO PARA ALÉM DAS GUIDELINES

Sala Fénix II
14:30

Presidente: Guilherme Macedo

Moderadores: Armando Carvalho, Fernando Ramalho

Nucleótidos no tratamento da hepatite B

Rui Marinho

Papel do interferão na hepatite B crónica

A. Sarmento

Presente e futuro próximo no tratamento da hepatite C

Massimo Puoti

Discussão

INTERVALO

16:00-16:30

CARCINOMA HEPATOCELULAR

Sala Fénix II

16:30

Presidente: José Velosa

Moderadores: Paula Peixe, José Fraga

Introdução

Luís Tomé

Quimioembolização

Isabel Távora

Cirurgia

Hugo Pinto Marques

Posicionamento do Sorafenib

Massimo Colombo

Discussão

CONSENSOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO PORTAL

Sala Fénix II

18:00

Presidente: J. M. Romãozinho

Lições de Baveno V

G. D'Amico

ASSEMBLEIA GERAL DA APEF

Sala Fénix II

18:45

5ª Feira 10 de Junho de 2010 (Manhã)

COMUNICAÇÕES ORAIS I

Sala Fénix II

08:30-10:00

Moderadores: Beatriz C. Neves, Mário Toste

1

AUMENTO DA EXPRESSÃO DOS RECEPTORES TOLL-LIKE (TLR) 2, 4 E 5 NA DISPLASIA EPITELIAL GÁSTRICA

Pimentel-Nunes P, Afonso L, Lopes P, Gonçalves N, Roncon-Albuquerque jr R, Leite-Moreira A, Henrique R, Dinis-Ribeiro M, Moreira-Dias L.



2

AVALIAÇÃO DE ESÓFAGO DE BARRETT USANDO ENDOSCOPIA DE MAGNIFICAÇÃO E NBI: ACUIDADE E CONCORDÂNCIA INTER-OBSERVADOR DE DIFERENTES SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

Baldaque Silva F, Dinis-Ribeiro M, Vieth M, Rabenstein M, Goda K, Kiesslich R, Haringsma J, Edebo A, Toth E, Soares J, Areia M, Lundell L, Marschall H.

3

MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA EM LESÕES COLORECTAIS: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Serrano M, Mão de Ferro S, Alberto Santos A, Lage P, Claro I, Pinto A, Cravo M, Faias S, Ferreira S, Pereira Silva J, Chaves P, Dias Pereira A.

4

DILATAÇÃO PNEUMÁTICA EM DOENTES COM COLEDocolITíASE E ESFINCTEROTOMIA PRÉVIA

Ramos R, Branco V, Dominguez A, Castelo-Branco M.

5

A CARGA E O CUSTO DE DOENÇA ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL - RESULTADOS DE UM ESTUDO NACIONAL

Cortez-Pinto H, Gouveia M, Pinheiro LS, Costa JM, Carneiro AV.

6

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA HEMORRAGIA AGUDA POR VARIZES GÁSTRICAS COM CIANOACRILATO

Monsanto P, Almeida N, Rosa A, Maçoas F, Lérias C, Portela F, Amaro P, Ferreira M, Gouveia H, Sofia C.

7

IMPACTO DO ENSINO PERSONALIZADO NA PREPARAÇÃO INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA - ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Brito D, Areia M, Carvalho R, Saraiva S, Craveiro C, França C, Alves RM, Ferreira AC, Pedrosa M, Catré A, Cadime AT.

8

COMPARAÇÃO DE 3 TESTES PARA O DIAGNÓSTICO NÃO- INVASIVO DE FIBROSE SIGNIFICATIVA NA HEPATITE B CRÓNICA

Soares JB, Ferreira A, Caetano AC, Pardal F, Gonçalves R.

COMUNICAÇÕES ORAIS II

Sala Fénix I

08:30-10:00

Moderadores: Américo Silva, António Curado

9

ENERGIB, "EUROPEAN SURVEY OF NON-VARICEAL UPPER GASTRO INTESTINAL BLEEDING" - RESULTADOS EM PORTUGAL

Neto R, Arroja A, Vidal R, Nunes A, Neves P, Fonseca J, Teixeira JR, Baranda J, Ribeiro F, Machado A.

10

SCORES PROGNÓSTICOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA

Duque G, Freire P, Romãozinho JM, Amaro P, Ferreira M, Sofia C.

11

FOLLOW-UP A LONGO PRAZO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA: QUAL O SIGNIFICADO DE UMA CÁPSULA ENDOSCÓPICA NEGATIVA?

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

12

MIOCARDIOPATIA NA CIRROSE HEPÁTICA - UM ESTUDO PROSPECTIVO NUM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA.

Vieira Lima C, Cardoso E, Fatela N, Baldaia C, Marinho R, Ramalho F, Velosa J.

13

RESULTADOS A MÉDIO/LONGO PRAZO DA COLOCAÇÃO DE BALÕES INTRA-GÁSTRICOS PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA EM 94 DOENTES

Vieira Lima C, Ferreira A, Machado M, Jorge Z, Nobre E, Carvalho R, Cortez-Pinto H, Velosa J.

14

ACALÁSIA: UMA VISÃO DE ALTA RESOLUÇÃO

Duque G, Souto P, Gregório C, Ferreira M, Freire P, Gouveia H, Sofia C.

15

CANCRO GÁSTRICO EM PORTUGAL - DECLÍNIO OU EXPANSÃO?

Ramos R, Caldeira P, Cremers I, Curado A, Vieira AI, Pedrosa J.

16

VALIDADE DIAGNÓSTICA E CURVA DE APRENDIZAGEM DA CLASSIFICAÇÃO DE KARA NA AVALIAÇÃO DO ESÓFAGO DE BARRETT USANDO ENDOSCOPIA DE MAGNIFICAÇÃO E NARROW BAND IMAGING

Maques M, Baldaque Silva F, Bastos P, Ramalho R, Pererira P, Ribeiro A, Marques N, Coimbra M, Vieth M, Lundell L, Dinis-Ribeiro M, Marchall HU, Macedo G.

COMUNICAÇÕES ORAIS III

Sala Lyra

08:30-10:00

Moderadores: João Carvalho, Regina Gonçalves

17

NA OBESIDADE MÓRBIDA, O FÍGADO GORDO NÃO ALCÓOLICO ASSOCIA-SE A SOBRECARGA DE LÍPIDOS NO MÚSCULO, MAS NÃO A DISFUNÇÃO MITOCONDRIAL

Machado MV, Silvestre AR, Evangelista T, Coutinho J, Carepa F, Costa A, Cortez-Pinto H.

18

AVALIAÇÃO DO PAPEL DA IMUNIDADE INATA MEDIADA PELO TOLL-LIKE RECEPTOR 4 NA HEPATOCARCINOGENÉSE

Soares JB, Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ferreira A, Rolanda C, Gonçalves R, Afonso L, Lopes P, Henrique R, Pardal F, Roncon-Albuquerque Jr R, Gonçalves N, Boal-Carvalho I, Leite-Moreira AF.

19

ESTEATOSE HEPÁTICA EM DOENTES CO-INFECTADOS COM VIH E VIRUS DA HEPATITE C - META-ANÁLISE DOS FACTORES DE RISCO

Machado MV, Oliveira AG, Cortez-Pinto H.

20

TROMBOSE DA VEIA PORTA NA CIRROSE HEPÁTICA AVANÇADA: APRESENTAÇÃO CLÍNICA, COMPLICAÇÕES E PROGNÓSTICO

Noronha Ferreira C, Alexandrino A, Ramalho R, Velosa J.

21

MANIFESTAÇÕES DE HIPERTENSÃO PORTAL GRAVE: SCORE NÃO INVASIVO

Afonso M, Pinto J, Veloso R, Pinho R, Alberto L, Freitas T, Carvalho J, Fraga J.

22

O PAPEL DA ECOGRAFIA ABDOMINAL NA PREDIÇÃO DE FIBROSE HEPÁTICA: RAZÃO PLAQUESTAS/BAÇO.

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

23

VALIDAÇÃO E COMPARAÇÃO DE NOVOS MÉTODOS NÃO INVASIVOS DE PREDIÇÃO DE FIBROSE HEPÁTICA NA HEPATITE C CRÓNICA.

Veloso R, Pinto J, Afonso M, Pinho R, Leite S, Fernandes S, Silva AP, Alberto L, Fraga J.

24

GORDURA VISCERAL AVALIADA POR ECOGRAFIA: UMA IMPORTANTE ASSOCIAÇÃO COM FIBROSE HEPÁTICA

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

SESSÃO INAUGURAL

Sala Fénix II

10:00-10:15

CONFERÊNCIA

“GASTROENTEROLOGIA NO PRESENTE E NO FUTURO”

Carneiro de Moura

Presidente: Hermano Gouveia

Sala Fénix II

10:15-10:45

INTERVALO

10:45-11:15

TUMORES DO ESTROMA GASTROINTESTINAL

Sala Fénix II

11:15 – 12:15

Presidente: Guilherme Peixe

Moderadores: Moreira Dias, José Cotter

Epidemiologia e clínica

Nuno Almeida

Patologia

Maria Augusta Cipriano

Tratamento

Marta Soares

Discussão

DOENÇA CELÍACA: NA CRIANÇA E NO ADULTO

Sala Fénix I

11:15 – 12:25

Presidente: Tavela Veloso

Moderadores: Fernando Pereira e Guilherme Macedo

Epidemiologia da doença

Isabel Afonso

Apresentação clínica na criança

Susana Almeida

Manifestações Clínicas no Adulto

Guilherme Macedo

O diagnóstico da Doença Celíaca no século XXI

Eunice Trindade

D. Celíaca, como tratar

Diana Silva

Discussão

CONFERÊNCIA “CÁPSULA DO CÓLON II”

Cristiano Spada

Sala Fénix II

12:30-13:00

Presidente: Venâncio Mendes

ASSEMBLEIA GERAL DO NMD

Sala Fénix II

ASSEMBLEIA GERAL DO CPP

Sala Fénix I

13:00

ALMOÇO - 13:00 - 14.30

5ª Feira 10 de Junho de 2010 (Tarde)

SIMPÓSIO DA SPED - ASPECTOS DA PRÁTICA ENDOSCÓPICA DIÁRIA: ANTI-COAGULAÇÃO, ANTIBIOTERAPIA PROFILÁTICA, SEDAÇÃO E QUANDO CHAMAR O CIRURGIÃO

14:30 - 16:00

Sala Fénix II

Presidente: Isabelle Cremers

Moderadores: Dias Pereira, Pedro Figueiredo

A questão dos doentes sob terapêutica anti-agregante e anti-coagulante

Cristina Chagas

A questão da antibioterapia profiláctica

Paula Ministro

Sedação – por quem, como e quando?

Pedro Ribeiro

Quando chamar o cirurgião?

Carla Rolanda

Discussão

SIMPÓSIO DO GRUPUGE - ECOGRAFIA DIGESTIVA: VALOR CLÍNICO DA ECOGRAFIA E HISTÓRIA DA ECOGRAFIA DIGESTIVA EM PORTUGAL E ESPANHA

14:30 - 15:50

Sala Fénix I

Presidente: Maximino Leitão

Moderadores: José M. Pontes, Fernando C. Poças

Valor clínico da ecografia

Cármén Garre Sánchez

História da ecografia digestiva em Espanha

Segura Cabral

História da ecografia digestiva em Portugal

Maximino Leitão

Papel do GRUPUGE no desenvolvimento da ecografia digestiva em Portugal

Eduardo Pereira

Discussão

COMUNICAÇÕES ORAIS IV

Sala Lyra

15:00-16:30

Moderadores: António Pinto, Alcides Catré

25

ANÁLISE MULTICÊNTRICA NACIONAL DO CANCRO ESOFÁGICO

Ramos R, Caldeira P, Cremers I, Curado A, Vieira AI, Pedrosa J.

26

A GORDURA VISCERAL AVALIADA POR ECOGRAFIA NA DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON

Afonso M, Pinto J, Veloso R, Fernandes S, Pinho R, Alberto L, Rodrigues A, Proença L, Freitas T, Carvalho J, Fraga J.

27

PRÓTESES PLÁSTICAS AUTO-EXPANSÍVEIS TRAQUEO-BRÔNQUICAS NO TRATAMENTO DE ESTENOSES BENIGNAS REFRACTÁRIAS DA

HIPOFARINGE - RESULTADOS INICIAIS

Silva RA, Mesquita N, Pimentel-Nunes P, Pinto R, Cardoso E, Brandão C, Dinis-Ribeiro M, Dias LM.

28

ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LESÕES QUÍSTICAS DO PÂNCREAS

Fidalgo C, Faias S, Fonseca R, Mendonça E, Dias-Pereira A.

29

DILATAÇÃO PAPILAR COM BALÃO, APÓS ESFINCTEROTOMIA, NO TRATAMENTO DA LITÍASE DA VIA BILIAR

Moutinho-Ribeiro P, Pinto Correia A, Rebelo A, Cotter J.

30

TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA COM VÁCUO DA DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSES COLORECTAIS - RESULTADOS INICIAIS

Silva RA, Cardoso E, Pimentel-Nunes P, Pinto R, Brandão C, Mesquita N, Dinis-Ribeiro M, Dias LM.

31

APLICABILIDADE DA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA NA HEMORRAGIA POR ROTURA DE VARIZES DUODENAI/JEJUNAI

Ladeira N, Almeida N, amaro P, Gregório C, Ferreira R, Sousa HT, Ferreira M, Gouveia H, Romãozinho JM, Sofia C.

32

ANTICORPOS ANTI-SACCHAROMYCES CEREVISIAE COMO INDICADORES DE PROGNÓSTICO NA DOENÇA DE CROHN

Rodrigues C, Alberto S, Ricardo L, Franco M, Martins A, Félix J, Pires E, Sousa G, Ramos Deus J.

CONFERÊNCIA “LESÕES GASTROINTESTINAIS ASSOCIADAS À UTILIZAÇÃO DE AINE’S: NOVOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO, NOVAS EVIDÊNCIAS”

G.Delle Fave

Presidente: David Marques

Sala Fénix I

16:00-16:30h

CONFERÊNCIA “TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO ESÓFAGO DE BARRETT”

Raf Bisschops

Presidente: Nobre Leitão

Sala Fénix II

16:30-17:00

INTERVALO

17:00-17:30

ASSEMBLEIA GERAL DA SPG

Sala Fénix II

17:00

JANTAR JANSSEN-CILAG-PARIET 10 ANOS - TIVOLI MARINOTEL

Chilli I

20:00

6ª Feira 11 de Junho de 2010 (Manhã)

COMUNICAÇÕES ORAIS V

Sala Fénix II

08:30-10:00

Moderadores: Horácio Guerreiro, Manuela Ferreira

33

TUMORES DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DO INTESTINO DELGADO: DIAGNÓSTICO POR ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO (EDB)

Serrano M, Mão de Ferro S, Ribeiro S, Silva R, Ferreira S, Chaves P, Dias-Pereira A.

34

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE DA DOENÇA NA COLITE ULCEROSA: PERSPECTIVA DO DOENTE OU DO MÉDICO?

Duque G, Portela F, Freire P, Ferreira M, Andrade P, Sofia C.

35

RASTREIO DO CANCRO COLO-RECTAL COM FIBROSIGMOIDOSCOPIA DE 5/5 ANOS: ANÁLISE DE 15 ANOS

Fidalgo C, Serrano M, Pinto A, Chaves P, Lage P, Claro I, Mão-Ferro S, Faias S, Ferreira S, Pereira-Silva J, Dias-Pereira A.

36

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA: 18 ANOS DE ACTIVIDADE

Ladeira N, Romãozinho JM, Ferreira M, Amaro P, Sofia C.

37

DIFERENTES TERAPÊUTICAS IMUNOMODULADORES CONDICIONARAM DIFERENTES EVENTOS CIRÚRGICOS

Rodrigues S, Magro F, Ribeiro O, Lopes S, Costa Pereira A, Macedo G.

38

RELEVÂNCIA DA AZATIOPRINA NA DOENÇA DE CROHN LUMINAL

Rodrigues S, Magro F, Ribeiro O, Lopes S, Costa Pereira A, Macedo G.



39

SERÁ A ENDOSCOPIA DE REVISÃO DISPENSÁVEL EM CONTEXTO DE ÚLCERA PÉPTICA SANGRANTE?

Duque G, Amaro P, Ferreira M, Freira P, Gradiz R, romãozinho JM, Gouveia F, Sofia C.

40

O CRESCIMENTO E A ACTIVIDADE DA DOENÇA EM CRIANÇAS COM DOENÇA DE CROHN

Soro I, Oliveira A, Costa S, Grilo M, Freitas J, Lima R, Trindade E, Amil J.

COMUNICAÇÕES ORAIS VI

Sala Fénix I

08:30-10:00

Moderadores: Ricardo Teixeira, Anabela Pinto

41

DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE LATENTE EM DOENTES PORTADORES DE DII: COMPARAÇÃO PROSPECTIVA DA TUBERCULINA COM TESTE IGRA QUANTIFERON-TBGOLD

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

42

TUMORES DO CÓLON E RECTO - UMA REALIDADE NACIONAL

Ramos R, Caldeira P, Cremers I, Curado A, Soares J, Vieira AI, Pedrosa J.

43

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Alvarez P, Pinto MJ, Cannas P, Bismark J, Serra D.

44

TERAPÊUTICA ENDOLUMINAL POR VÁCUO DE DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE COLO-RECTAL

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

45

SIGNIFICADO CLÍNICO DA CONCENTRAÇÃO DE AGHBS

Cardoso H, Vale AMH, Sarmento JÁ, Pereira P, Lopes S, Ferreira R, Marques M, Ferreira F, Rodrigues S, Macedo G.

46

ASSOCIAÇÃO DOS ALELOS HLA NA PROGRESSÃO PARA FIBROSE EM DOENTES COM HEPATITE C CRÓNICA

Leite S, Alves H, Silva AP, Pinto J, Afonso M, Velosos R, Lima B, Dias M, Fernandes S, Carvalho J, Fraga J.

47

UMA NOVA PERSPECTIVA DO TRANSPLANTE HEPÁTICO SEQUÊNCIAL: UM FACTOR PROTECTOR DE DISFUNÇÃO DO ENXERTO E HEMORRAGIA PERI-OPERATÓRIA

Bispo M, Marcelino P, Pinto Marques H, Perdigoto R, Martins A, Aguiar MJ, Mourão L, Barroso E.

48

TÉCNICAS DE SUPORTE HEPÁTICO EXTRACORPORAIS EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Lima-Vieira C, Resende M, Mourão L.

CONFERÊNCIA “RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS DE CONSENSO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NÃO-VARICOSA”

Angel Lanas

Presidente: Paula Alexandrino

Sala Fénix II

10:00-10:30

INTERVALO

10:30-11:00

CONFERÊNCIA: “OBJECTIVOS TERAPÊUTICOS PARA ALÉM DA RESPOSTA CLÍNICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL”

J. F. Colombel

Presidente: João de Deus

Sala Fénix I

11:00-11:30

CONFERÊNCIA “RETRATAMENTO DA INFECÇÃO PELO HELICO-BACTER PYLORI: É POSSÍVEL PADRONIZAR OS ESQUEMAS NOS VÁRIOS CONTINENTES?”

Jaime Natan Eisig

Presidente: Jorge Areias

Sala Fénix II

11:30-12:00

CERIMÓNIA COMEMORATIVA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTROENTEROLOGIA – 50 ANOS

Sala Fénix II

12:00-13:00

ASSEMBLEIA GERAL DO GEPID

Sala Fénix II

ASSEMBLEIA GERAL DO GRUPUGE

Sala Fénix I

ASSEMBLEIA GERAL DA SEEP

Sala Lyra

13:00

ALMOÇO

13:00 – 14:30

6ª Feira 11 de Junho de 2010 (Tarde)

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: IMAGIOLOGIA; IATROGENIA; CORTICOTERAPIA.

Sala Fénix II

14:30 – 16:00

Presidente: Carlos Sofia

Moderadores: João Freitas e Fernando Magro

A Imagiologia na avaliação dos pacientes com DII

Maria João Barata

Iatrogenia na DII

Marília Cravo

Que lugar resta para a corticoterapia na DII?

F. Portela

Discussão

SIMPÓSIO DO NMD - MANOMETRIA DE ALTA RESOLUÇÃO E IMPEDÂNCIA, ESTIMULAÇÃO SAGRADA, IMAGEM FUNCIONAL CEREBRAL E DOENÇAS FUNCIONAIS GASTROINTESTINAIS.

Sala Fénix I

14:30 – 16:00

Presidente: Fausto Pontes

Moderadores: Luís Correia, Teresa Freitas

Novas técnicas no estudo do esófago (manometria alta resolução e impedância – pH-metria)

Jan Tack

Estimulação sagrada (quando, como e porquê)

Júlio Leite

Imagem funcional cerebral e doenças funcionais gastro-intestinais

P. Souto, M. Castelo-Branco

Dor na síndrome do intestino irritável: fisiopatologia e tratamento

Jan Tack

Discussão

INTERVALO

16:00-16:30

SESSÃO PLENÁRIA DE COMUNICAÇÕES ORAIS

Sala Fénix II

16:30-17:30

Moderadores: Fátima Serejo, António Banhudo

49

MACRÓFAGOS DE PACIENTES COM IBD APRESENTAM SECREÇÃO DIMINUÍDA DE TNF-ALFA MAS SÃO CAPAZES DE INDUZIR INFLAMAÇÃO COMO RESPOSTA A INFECÇÃO BACTERIANA

Campos N, Magro F, Castro AR, Cabral J, Rodrigues P, Appelberg R, Rodrigues S, Lopes S, Macedo G, Sarmento A.

50

PROGRESSÃO DO FÍGADO GORDO NÃO ALCÓOLICO E RESISTÊNCIA À INSULINA, A NÍVEL HEPÁTICO E MUSCULAR, EM DOENTES COM OBESIDADE MÓRBIDA

Ferreira DM, Castro RE, Machado MV, Evangelista T, Silvestre AR, Costa A, Coutinho J, Carepa F, Rodrigues CMP, Cortez-Pinto H.

51

REPRODUTIBILIDADE E VALIDADE DA ENDOSCOPIA COM ALTA RESOLUÇÃO E NBI (AR-NBI) EM LESÕES DE METAPLASIA INTESTINAL E DISPLASIA GÁSTRICA

Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro m, Soares JB, Marcos Pinto R, Rolanda C, Marques R, Henrique R, Moreira-Dias L.

52

SERÁ A CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL UMA MAIS-VALIA NA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA? – RESULTADOS PRELIMINARES

Duque G, Almeida N, Freire P, Lopes S, Ferreira M, Figueiredo P, Monsanto P, Carvalho R, Gouveia H, Sofia C.

53

POLIMORFISMOS DOS RECEPTORES DA IMUNIDADE INATA TOLL-LIKE (TLR) 2 E 4 INFLUENCIAM O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE CARCINOMA COLORRECTAL (CCR)

Pimentel-Nunes P, Teixeira AL, Pereira C, Branão C, Moreira-Dias L, Gonçalves N, Roncon-Albuquerque Jr R, Leite-Moreira A, Medeiros R, Dinis-Ribeiro M.

ASSEMBLEIA GERAL DA SPED

Sala Fénix II

17:30

JANTAR COMEMORATIVO DOS 50 ANOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTROENTEROLOGIA

Jardins do Tivoli Marinotel

20:00

Sábado 12 de Junho de 2010

Instantâneos endoscópicos

Sala Fénix II

09:00-10:00

Moderadores: José Pedrosa, Ernestina Camacho

54

COLITE ULCEROSA: AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE COM ENDOSCÓPIA CONFOCAL

Freire P, Figueiredo P, Portela F, Ferreira M, Cipriano MA, Silva MR, Andrade P, Gouveia H, Sofia C.

55

ABORDAGEM TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE PSEUDO-QUISTO PANCREÁTICO DO MEDIASTINO

Monsanto P, Gomes D, Gregório C, Sousa HT, Gouveia H, Toste M, Sofia C.

56

DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE APÓS CIRURGIA COLORECTAL - TRATAMENTO COM ENDOSPONGE®

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

57

TÉCNICA DE INTRODUÇÃO DE PRÓTESES PLÁSTICAS AUTO-EXPANSÍVEIS TRAQUEO-BRÔNQUICAS NAS ESTENOSES**REFRACTÁRIAS BENIGNAS DA HIPOFARINGE**

Silva RA, Mesquita N, Pimentel-Nunes P, Pinto R, Cardoso E, Brandão C, Dinis-Ribeiro M, Dias LM.

58

LINFOMA PRIMITIVO DO INTESTINO DELGADO: DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA À TERAPÊUTICA POR ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO

Serrano M, Mão-Ferro S, Carvalho S, Fidalgo P, Ferreira S, Cabeçadas J, Dias Pereira A.

59

OCORRÊNCIA SÍNCRONA DE TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) GÁSTRICO E TUMOR NEUROENDÓCRINO DO PÂNCREAS - UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Veloso R, Fernandes S, Proença I, Pinto J, Afonso M, Pontes JM, Fraga J.

60

SCHWANNOMA BENIGNO DO LIGAMENTO HEPATO-DUODENAL

Pinto J, Fernandes S, Proença L, Afonso M, Veloso R, Pontes JM, Fraga J.

61

TÉCNICA RENDEZVOUS ECOENDOSCOPIA-CPRE PARA DRENAGEM BILIAR TRANSPAPILAR APÓS INSUCESSO DA CPRE

Bispo M, Serra D, Pinto Marques P, Barreiro P, Matos L.

COMUNICAÇÕES ORAIS VII**Casos Clínicos**

Sala Fénix I

09:00-10:00

Moderadores: Dário Gomes, Clotilde Lérias

62

DOENÇA CELÍACA REFRACTÁRIA TIPO 2, EXCELENTE RESPOSTA A TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA

Machado MV, Horta D, Bispo M, Bana T, Santos T, Maldonado R, Glória H, Valente A, Palma R, Alexandrino P, Esteves G, Alves Carmo J, Oliveira E, Fernandes A, Velosa J.

63

UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Belga s, Lage P, Jorge A, Saraiva A, Chaves P, Dias-Pereira A.

64

METÁSTASE PANCREÁTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fidalgo C, Santos AA, Cravo M, Fonseca R, Venâncio J, Dias-Pereira A.

66

TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET) DO FÍGADO EM DOENTE COM HEPATITE B CRÓNICA

Marque M, Cardoso H, Lopes J, Macedo G.

66

PERICARDITE CONSTRICTIVA, CAUSA RARA DE ASCITE

Cardoso E, Marinho R, Baldaia C, Fatela N, Ramalho F.

67

ENTEROPATIA ASSOCIADA A LINFOMA DE CÉLULAS T EM DOENTE SEM DOENÇA CELÍACA - ENTIDADE MUITO RARA

Veloso R, Pinto J, Afonso M, Pinho R, Tente D, Sanches A, Couceiro A, Carvalho J, Fraga J.

SESSÃO DE ENFERMAGEM - ABERTURA

Sala Lyra

09:00 – 12:15

Carmen Ribeiro - ANEED

9:15

Cuidados de Enfermagem à pessoa com Sonda de Freka

Marisa Melo, Telma Lopes- HUC

9:45

Um ensaio - Enfermagem

Joaquim Andrade - CHAA

10:15

Suporte de Informação de Enfermagem na Unidade de Endoscopia Digestiva dos HUC,EPE

Marisa Melo- HUC

10:45

Endoscopia - Informática... à sua medida

Joaquim Andrade - CHAA

11:15

Cuidados de Enfermagem à Pessoa submetida a endomicroscopia confocal

Isabel Pascoal, Jorge Rosado - HUC

11:45

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com prótese esofágica

Marisa Melo, Telma Lopes- HUC

12:15

Sessão de Encerramento

Carmen Ribeiro - ANEED

SIMPÓSIO DO CPP: NOVAS FRONTEIRAS NA PANCREATOLOGIA: NECROSECTOMIA NA PANCREATITE AGUDA GRAVE, TRATAMENTO ENDOSCÓPICO NA PATOLOGIA BENIGNA E QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA NO CARCINOMA.

Sala Fénix II

10:00 – 11:15

Presidente: Fernando Martinho

Moderadores: Teresa Marques, Rui Sousa

Terapêutica da pancreatite aguda grave

- Necrosectomia

Albano Rosa

Tratamento endoscópico na patologia biliopancreática benigna

António Marques

Papel da quimioterapia e radioterapia no tratamento do carcinoma do pâncreas

Anabela Sá e Margarida Borrego

Discussão

COMUNICAÇÕES ORAIS VIII

Sala Fénix I

10:00-11:30

Moderadores: Castel-Branco Silveira , J. Pina Cabral

68

AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA E DA QUALIDADE DE SAÚDE DA CPRE EM DOENTES DO AMBULATÓRIO

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

69

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE AMPULOMAS

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

70

RASTREIO DE CANCRO DO CÓLON E RECTO EM FAMILIARES DE INDÍVIDUOS JOVENS: QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA?

Belga S, Lage P, Rodrigues P, Claro I, Ferreira S, Mão-Ferro

S, Parreira J, Mendes C, Chaves P, Fidalgo P, Dias-Pereira A.

71

COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS ESOFÁGICAS: ESTUDO COMPARATIVO DE CONTROLO FLUOROSCÓPICO E DE VISUALIZAÇÃO DIRECTA

Ferreira F, Bastos P, Marques M, Ribeiro A, Azevedo F, Pereira P, Lopes S, Ramalho R, Macedo G.

72

FAMILIARES DE PRIMEIRO GRAU DE DOENTES JOVENS COM CARCINOMA GÁSTRICO APRESENTAM ALTERAÇÕES FENOTÍPICAS E GENOTÍPICAS DE RISCO

Marcos Pinto R, Dinis-Ribeiro M, Carneiro F, Machado JC, Figueiredo C, Reis C, Ferreira RM, Cirnes L, Ferreira JC, Areias J.

73

COLITE ULCEROSA NO NORTE DE PORTUGAL E GALIZA

Magro F, Barreiro-de Acosta M, Carpio D, Lago P, Echarri A, Cotter J, Pereira S, Gonçalves R, Lorenzo A, Carvalho I, Castro J, Barros L, Dias JÁ, Rodrigues S, Portela F, Dias C, da Costa-Pereira A, EIGA E GEDII.

74

PRÁTICA CLÍNICA NA DOENÇA DE CROHN EM REGIÕES FRONTEIRIÇAS DE DOIS PAÍSES: OPÇÕES MÉDICAS DÍSPARES, EVENTOS CIRÚRGICOS DISTINTOS

Magro F, Barreiro-de Acosta M, Lago P, Carpio D, Cotter J, Echarri A, Gonçalves R, Pereira S, Portela F, Dias C, Costa-Pereira A, EIGA e GEDII.

75

ELEVADA PREVALÊNCIA DE ANGIECTASIAS NA ENTEROSCOPIA POR VIDEOCÁPSULA EM DOENTES EM HEMODIÁLISE

Herculano R, Bispo M, Barreiro P, Baginha E, Couto G, Santos S, Chagas C, Lebre L, Bana T, Seves I, Peixe P, Matos L.

INTERVALO 11:30-12:00

SIMPÓSIO DO COLÉGIO DE GASTROENTEROLOGIA - IDONEIDADES E CAPACIDADES FORMATIVAS EM GASTROENTEROLOGIA – NORMAS ACTUAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Presidente: Diniz Freitas

Sala Fénix II

12:00 – 13:00

Na Especialidade de Gastroenterologia

Leopoldo Matos

Na Sub-Especialidade de Hepatologia

José Velosa

Discussão

COMUNICAÇÕES ORAIS IX

Sala Fénix I

12:00-13:00

Moderadores: Pedro Amaro, Diamantino Sousa

76

SOBRE-EXPRESSÃO DO MIRNA-143 EM CÉLULAS DO CANCRO DO CÓLON E RECTO REDUZ O CRESCIMENTO TUMORAL DE XENOGRAFOS EM RATINHOS NUDE

Borrvalho PM, Gomes S, Lima RT, Castro RE, Vasconcelos MH, Rodrigues CMP.

77

VALOR DA CITRULINÉMIA NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO INTESTINAL NA SÍNDROMA DO INTESTINO CURTO

Costa BP, Serôdio M, Rodrigues A, Simões M, Veríssimo C, Grazina M, Sousa FC.

78

TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DO DIVERTÍCULO DE ZENKER: ANÁLISE DA SUA SEGURANÇA E EFICÁCIA A LONGO-PRAZO

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

79

ENTEROSCOPIA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA: GRAU DE CONCORDÂNCIA ENTRE CÁPSULA ENDOSCÓPICA E ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO

Pimentel R, Moreira T, Mascarenhas-saraiva M, Salgado M, Cardoso C, Villas-Boas G, Soares J, Castro-Poças F, Pinho R, Areias J.

80

FACTORES DE RISCO DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NA HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARIZES ESÓFÁGICAS

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

81

AVALIAÇÃO FENOTÍPICA DO INTESTINO DELGADO EM DOENTES COM SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS COM VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA

Marcos Pinto R, Salgado M, Cardoso C, Castro Ferreira J,
Soares J, Areias J.

**CONFERÊNCIA: HIGHLIGHTS DA DDW – IBP’S E INTERACÇÕES
MEDICAMENTOSAS ”**

Gurkirpal Singh

Presidente: Mário Quina

Sala Fénix II

13:00

ENTREGA DE PRÉMIOS E ENCERRAMENTO DO CONGRESSO

Sala Fénix II

13:30

Posters

1. GORDURA VISCERAL E OBESIDADE NA DOENÇA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO

Afonso M., Pinto J., Veloso R., Fernandes S., Pinho R., Alberto L., Rodrigues A., Proença L., Freitas T., Carvalho J., Fraga J.

2. REFLUXO REFRACTÁRIO – CARACTERIZAÇÃO POR PHMETRIA – IMPE-DÂNCIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

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

3. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE VARIZES ESOFÁGICAS: EXPERIÊNCIA, EFICÁ-CIA E IATROGENIA

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

4. QUISTO DE DUPLICAÇÃO ESOFÁGICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carvalho J., Torres J., Ferreira R., Pereira M.J., Fernandes A., Mendes S., Ferreira M., Campos M.J.

5. TUBERCULOSE PRIMÁRIA DO ESÓFAGO

Lagos A., Marques I., Reis J., Esteves P., Costeiro J., Afonso A., Neves B.

6. ESOFAGITE HERPÉTICA E ESOFAGITE EOSINOFÍLICA CONCOMITANTES – UM DILEMA DE CAUSALIDADE

Monsanto P., Almeida N., Cipriano M.A., Tomé L., Gouveia H., Sofia C.

7. “BLEEDING & STARVING”: COMO OBRIGAMOS OS NOSSOS DOENTES A PASSAR FOME APÓS OS EPISÓDIOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Meira T., Nunes A., Figueiredo P., Carido J., Garrido J., Santos C., Fonseca J.

8. HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EM IDOSOS COM 80 OU MAIS ANOS DE IDADE

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

9. MORTALIDADE EM DOENTES COM ÚLCERA PEPTICA SANGRANTE

Duque G., Amaro P., Ferreira M., Freire P., Gradiz R., Romãozinho J.M., Sofia C.

10. LESÕES DE DIEULAFOY: ANÁLISE CLÍNICA, ENDOSCÓPICA E PROGNÓSTICO

Barreira P., Barjas E., Maldonado R., Valente A., Palma R., Alexandrino P.

11. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E HIPOCOELO INFECTADO: UMA RELAÇÃO POUCO PROVÁVEL

Ramos A., Caldeira P., Sousa A., Peixe B., Velasco A., Guerreiro H.

12. RETIRADO POR SOLICITAÇÃO DO AUTOR

13. ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EM DOENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL

Velosa M., Silva R., Ladeira N., Jardim I., Câmara R., Oliveira S., Cordeiro M., Teixeira R.

14. ANAFILAXIA AO OMEPRAZOL EM DOENTE COM HISTÓRIA FAMILIAR DE NEOPLASIA GÁSTRICA

Geraldo Dias J., Costa A.C., Caiado J., Duarte F., Pedro E., Branco Ferreira M., Pereira Barbosa M.

15. FÍSTULA GASTRO-CÓLICA: COMPLICAÇÃO TARDIA DE BANDA GÁSTRICA MIGRADA?

Ferreira F., Marques M., Rodrigues S., Sarmento A. Macedo G.

16. FITOBEZOAR GÁSTRICO E INTESTINAL COMPLICADO

Caldeira A., Usurelu S., Pereira B., Pais T., Mega M., Melo G., Sousa R., Banhudo A.

17. ENVOLVIMENTO GASTRODUODENAL GRAVE ASSOCIADO A SÍNDROME DE HIPERINFECÇÃO POR STRONGYLOIDES STERCORALIS

Nunes J., Santos L., Correia L., Paulo S., Valente A., Palma R., Barjas E., Dias M.S., Alexandrino P., Velosa J.

18. STRONGYLOIDIASE GÁSTRICA E GIARDIASE INTESTINAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO INVULGAR

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

19. HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Barreira P., Bispo M., Barjas E., Maldonado R., Valente A., Palma R., Alexandrino P.

20. HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAIXAS AGUDAS NOS HOSPITAIS DISTRITAIS EM PORTUGAL: ESTUDO PROSPECTIVO

Arroja B., Cremers M.I., Ramos R., Pedrosa J., Glória L., Rosa I., Cardoso C., Tristan J., Eliseu L., Fonseca C., Marinho C., Serrão G., Cancela E., Rego A.C., NGHD

21. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA DE CAUSA OBSCURA. UMA HISTÓRIA COM EPÍLOGO?

Loreto H., Lopes J., Azevedo S., Macedo T., Lobo L., Mourato P., Lopes A.I.

22. DOENÇA CELÍACA EM FAMILIARES DIRECTOS DE CRIANÇAS CELÍACAS

Oliveira A., Lima R., Costa S., Soro I., Regadas R., Cardoso H., Cunha A.L., Carneiro F., Vaz B., Trindade E., Amil Dias J

23. IMPACTO DA DOENÇA CELÍACA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO DE ADULTOS

Correia T., Almeida N., Carvalho R., Cipriano M.A., Rodrigues F., Portela F., Ferreira M., Sofia C.

24. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E EVOLUÇÃO NUM GRUPO DE CRIANÇAS COM DOENÇA CELÍACA

Amaral B., Silva G., Amorim J., Oliveira M., Lima R., Rocha H., Pereira F.

25. TUMOR CARCINÓIDE DO ÍLEO: O PAPEL DA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA NO DIAGNÓSTICO

Veloso R. Amaral I., Pinto J., Afonso M., Silva A.P., Rodrigues A., Fraga J.

26. VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN – IMPLICAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Afonso M., Pinto J., Veloso R., Pinho R., Freitas T., Rodrigues A., Amaral I., Carvalho J., Fraga J.

27. INFLIXIMAB EM MONOTERAPIA OU ASSOCIADO À AZATIOPRINA?

Carvalho R., Portela F., Ferreira M., Andrade P., Sofia C.

28. TOXIDERMIA E REACÇÃO LUPUS-LIKE INDUZIDAS PELO INFLIXIMAB, SEM RECORRÊNCIA COM O ADALIMUMAB - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Ramos G., Saiote J., Valente T., Barreiras J., Ramos J.

29. DIETA POLIMÉRICA TOTAL COMO TRATAMENTO CO-ADJUVANTE NA INDUÇÃO DE REMISSÃO NA DOENÇA DE CROHN

Freitas J., Grilo M., Ferreira H., Guerra P., Trindade E., Amil J.

30. LINFOMA DE HODGKIN PRIMÁRIO DO INTESTINO: COMPLICAÇÃO RARA DE DOENÇA DE CROHN

Salgueiro P., Lago P., Farrajota P., Xavier L., Santos M., Areias J.

31. QUEILITE GRANULOMATOSA COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DE DOENÇA DE CROHN

Ramos A., Caldeira P., Sousa A., Guerreiro H.

32. EPISÓDIO INAUGURAL DE COLITE ULCEROSA COMPLICADO POR COLITE A CMV

Velosa M., Silva R., Ladeira N., Andrade C., Jardim I., Cordeiro M., Capelinha F., Teixeira R.

33. COLITE A CÍTOMEGALOVÍRUS E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Rodrigues C. G., Ricardo L., Pires E., Ramos de Deus J.

34. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Saiote J.; Ramos G., Santos L., Valente T., Bentes T., Ramos J.

35. FÁRMACOS E GRAVIDADE DE UMA DOENÇA EMERGENTE - DOENÇA ASSOCIADA AO CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Sousa A.L., Teixeira Pinto C., Santos H., Ramos A., Cabrita C., Sousa D., Guerreiro H.

36. COLITE PSEUDOMEMBRANOSA – ANÁLISE DE UMA CASUÍSTICA

Fernandes A., Torres J., Ferreira R., Pereira M.J., Carvalheiro J., Ferreira M., Campos M.J., Coelho A.; Figueiredo A.

37. UM CASO PECULIAR DE COLITE ISQUÊMICA COM ETIOLOGIA IDENTIFICÁVEL E RESOLÚVEL POR ANGIOGRAFIA

Cardoso R., Almeida N., Donato P., Freire P., Gil-Agostinho A., Gomes D., Gouveia H., Sofia C.

38. PERFURAÇÃO CÓLICA PÓS-BIÓPSIA ENDOSCÓPICA - COMPLICAÇÃO RARA DE PNEUMATOSE CISTÓIDE CÓLICA ATÍPICA

Lopes L., Ramada J., Mosteiro M., Leitão I., Lucas C., Gomez I., Veiga M., Carrasquinho J.

39. ABCESSO HEPÁTICO SECUNDÁRIO A CORPO ESTRANHO NO CÓLON

Marcos Pinto R., Ferreira J.C., Areias J.

40. CANCRO DO CÓLON E RECTO FAMILIAR DO TIPO X: EVIDÊNCIA DE DUAS ENTIDADES MOLECULARES DISTINTAS

Francisco I., Albuquerque C., Lage P., Belo H., Vitoriano I., Filipe B. Dinis J., Claro I., Ferreira S., Rodrigues P., Chaves P., Nobre Leitão C.

41. POLIPOSE HIPERPLÁSICA FAMILIAR E ESPORÁDICA: DUAS ENTIDADES CLÍNICA E GENETICAMENTE DISTINTAS?

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

42. 'CAP-POLYPOSIS' - UM CASO MUITO RARO

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

43. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSE COMPLETA DE ANASTOMOSE COLO-RECTAL

Marques M., Ferreira F., Ribeiro A., Macedo G.

44. SARCOMA DE KAPOSI DO RECTO

Araújo B., Canhoto M., Gonçalves C., Silva F., Cotrim I., Vasconcelos H., Amado C., Meruje M.

45. ECTOPIA DE MUCOSA GÁSTRICO NO RECTO

Cardoso E., Pinho R., Silva R.

46. PÓLIPO INFLAMATÓRIO CLOACOGÉNICO – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM NEOPLASIA DO RECTO

Veloso R., Afonso M., Pinto J., Silva A.P., Sanches A. Fraga J.

47. DIEULAFOY DO RECTO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

Ladeira N., Almeida N., Ferreira M., Amaro P., Romãozinho JM., Gouveia H., Sofia C.

48. QUISTO DE TARLOV - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA DOR PERIANAL

Fernandes C., Pinho R., Pinto J., Afonso M., Veloso R., Carvalho J., Fraga J.

49. COMPLICAÇÃO RARA DE HEMORROIDECTOMIA DE LONGO

Caldeira A., Monteiro A., Vaz P., Pereira B., Pais T., Sousa R., Loureiro A., Banhudo A.

50. PSEUDOLIPOMATOSE DO TUBO DIGESTIVO: A PROPÓSITO DE CINCO CASOS

Veloso R., Fernandes S., Afonso M., Pinto J., Fraga J.

51. UM CASO DE LINFOMA ABDOMINAL DE CÉLULAS B

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

52. TUMOR INTRA-ABDOMINAL

Quintela C., Nunes S., Valente T., Coimbra J., Almeida C.

53. TUMORES DO ESTROMA GASTROINTESTINAL - UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Ricardo L., Rodrigues C., Alberto S., Sánchez P., Murillo M., Gomes F., Figueiredo A., Pinheiro N., Santos S., Deus J.

54. APRESENTAÇÃO RARA DE GIST: UM DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Veloso R., Afonso M., Pinto J., Silva A.P., Fraga J.

55. DETERMINAÇÃO DA CITRULINÉMIA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA MALABSORTIVA - ANÁLISE PRELIMINAR

Costa B.P., Serôdio M., Rodrigues A., Simões M., Veríssimo C., Grazina M., Sousa F.C.

56. OBESIDADE VISCERAL E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM POPULAÇÃO ADULTA

Afonso M., Pinto J., Veloso R., Leite S., Fernandes S., Pinho R., Silva A., Alberto L., Rodrigues A., Proença L., Freitas T., Carvalho J., Fraga J.

57. SINTOMAS GASTROINTESTINAIS EM DOENTES COM MUTAÇÃO DO GENE SCN5A

Araújo R., Santos L., Cunha N., Castanheira A., Santos O., Silva A.

58. ENDOSCOPIA DIGESTIVA E VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Ferreira F., Albuquerque A., Ribeiro A., Macedo G.

59. REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS: AVALIAÇÃO DA TÉCNICA E PERCEÇÃO DE RISCO

Vieira A., dos Santos Oliveira R. L.

60. ECOENDOSCOPIA DE INTERVENÇÃO: EXPERIÊNCIA PRELIMINAR DE UM CENTRO

Pinto Marques P., Serra D., Bismarck J., Alvarez P., Moreira H., Castro H.

61. ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL – EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS

Moutinho-Ribeiro P., Cotter J.

62. MANOMETRIA ESOFÁGICA EM DOENTES COM ESCLERODERMIA: PROCEDIMENTO DE ROTINA OU APENAS EM DOENTES SINTOMÁTICOS?

Torres J., Ferreira R., Fortuna J., Silva, F., Silva D., Trigo E., Pereira M.J., Carvalheiro J., Fernandes A., Simões M., Agostinho C., Panão E., Campos M.J.

63. TRÂNSITO DE BÓLUS ESOFÁGICO ANORMAL DETECTADO POR IMPEDÂNCIA EM DOENTES COM MANOMETRIA NORMAL – SIGNIFICADO CLÍNICO?

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

64. TRÂNSITO DE BÓLUS ANORMAL NA IMPEDÂNCIA DE DOENTES COM MANOMETRIA ESOFÁGICA NORMAL. QUAL O SEU SIGNIFICADO CLÍNICO?

Pires E., Almeida I., Mateus F., Serra D.

65. MANOMETRIA COMBINADA COM IMPEDÂNCIA ESOFÁGICA – CLARIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS ESOFÁGICAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

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

66. ALTERAÇÕES MANOMÉTRICAS DO ESFINCTER ESOFÁGICO INFERIOR NUM GRUPO DE DOENTES COM ACALÁSIA

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

67. PRÓTESES BIODEGRADÁVEIS: UMA NOVA ALTERNATIVA NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DAS ESTENOSES BENIGNAS DO TUBO DIGESTIVO

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

68. ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS ESOFÁGICAS

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

69. NEOPLASIA PULMONAR COM FÍSTULA ESOFÁGICA – RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA COMPLEXA

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

70. OBSTRUÇÃO INTERMITENTE DO LUME ESOFÁGICO POR DISFUNÇÃO DE PRÓTESE METÁLICA AUTO-EXPANSÍVEL

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

71. FÍSTULA ESÓFAGO-MEDIASTÍNICA ENCERRADA COM ENDOCLIPS

Nunes ACR, Albuquerque A, Azevedo F, Macedo G

72. PALIAÇÃO DE OBSTRUÇÃO GASTRO-DUODENAL MALIGNA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE ENTÉRICA: EXPERIÊNCIA DE TRÊS ANOS

Bessa C., Pires E., Ricardo L., Rodrigues C., Deus J.

73. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA AVALIAÇÃO PRÉ-CIRURGIA BARIÁTRICA: SEMPRE?

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

74. APLICAÇÕES DO GLUBRAN® NA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

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

75. UTILIZAÇÃO DE ENDO-LOOP NA PREVENÇÃO DE HEMORRAGIA PÓS-POLIPECTOMIA DE PÓLIPO GÁSTRICO GIGANTE

Carvalho R., Almeida N., Cipriano MA., Gouveia H., Sofia C.

76. AINDA HÁ LUGAR PARA A ENTEROSCOPIA PER-OPERATÓRIA NO SÉCULO XXI?

Monsanto P., Almeida N., Carvalho R., Figueiredo P., Gouveia H., Sofia C

77. ENTEROSCOPIA POR VIDEOCÁPSULA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA: ACUIDADE DIAGNÓSTICA E IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

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

78. ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA ABERTA: SERÁ QUE O “TIMING” INFLUÊNCIA RESULTADOS?

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

79. ENTEROSCOPIA ASSISTIDA POR BALÃO: IMPACTO NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN ESTENOSANTE DO DELGADO

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

80. APLICABILIDADE DA CAPSULA ENDOSCÓPICA NA SUSPEITA DE DOENÇA DE CROHN DO INTESTINO DELGADO

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

81. TEMPO DE TRÂNSITO E RISCO DE RETENÇÃO DA CÁPSULA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN

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

82. UTILIDADE DA CAPSULA ENDOSCÓPICA NO FOLLOW-UP DE LINFOMA INTESTINAL

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

83. VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA RETIDA POR HÉRNIA UMBILICAL

Ferreira F., Bastos P., Cardoso H., Nunes ACR., Macedo G.

84. EXÉRESE DE VOLUMOSO LIPOMA ILEAL POR ENTEROSCOPIA PELA TÉCNICA “LIGATE AND LET GO”

Veloso R., Pinho R., Rodrigues A., Pinto J., Afonso M., Fraga J.

85. IMPACTO DA MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA NO TRATAMENTO DE GRANDES PÓLIPOS CÓLICOS

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

86. MUCOSECTOMIAS DO CÓLON COM APOIO LAPAROSCÓPICO - UMA ABORDAGEM INOVADORA

Serra D., Bana T., Vaz C., Roquete P., Pinto M.J., Bismarck J.

87. RELAÇÃO ENTRE INDICAÇÃO E LESÕES OBSERVADAS EM COLONOSCOPIA - POTENCIAL PARA A ATRIBUIÇÃO DE PRIORIDADE NA REALIZAÇÃO DO EXAME

Ramos G., Saiote J., Santos L., Duarte P., Bentes T., Barreiras J.

88. AINE'S, ANTIAGREGANTES E ANTICOAGULANTES - RELAÇÃO COM AS INDICAÇÕES PARA COLONOSCOPIA E LESÕES ENDOSCÓPICAS

Saiote J., Ramos G., Santos L., Duarte P., Bentes T., Barreiras J.

89. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE DEISCÊNCIA DA ANASTOMOSE COLO-RECTAL COM UM NOVO CLIP OTSC

Lopes L., Ramada J., Monteiro A., Sousa P.

90. ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE LACERAÇÃO RECTAL PÓS CIRURGIA UROLÓGICA

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

91. LAQUEAÇÃO ELÁSTICA DE VARIZ RECTAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carvalho R., Almeida N., Correia T., Duque G., Gouveia H., Sofia C.

92. RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÍSTULAS PANCREÁTICAS PÓS-CIRÚRGICAS

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

93. PONTUAÇÃO PSICOMÉTRICA DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: DADOS PRELIMINARES DA NORMALIZAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Pinho M., Cerqueira R., Peixoto B.

94. ESTEATOSE HEPÁTICA E VÍRUS DE HEPATITE B

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

95. HISTOLOGIA HEPÁTICA NA INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO DA HEPATITE CRÔNICA B COM TGP NORMAL OU COM ELEVAÇÃO MÍNIMA

Pinto J., Afonso M., Veloso R., Leite S., Silva A.P., Fernandes S., Alberto L., Carvalho J., Fraga J.

96. ELASTOGRAFIA TRANSITÓRIA NA AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA HEPATITE B CRÔNICA

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

97. VALIDAÇÃO DO SCORE NÃO INVASIVO DE PREDIÇÃO DE FIBROSE HEPÁTICA FIB-4 NA HEPATITE B CRÔNICA

Veloso R., Afonso M., Pinto J., Pinho R., Leite S., Fernandes S., Silva A.P., Alberto L., Fraga J.

98. COMPARAÇÃO DE 4 TESTES PARA O DIAGNÓSTICO NÃO-INVASIVO DE FIBROSE SIGNIFICATIVA NA HEPATITE C CRÔNICA: PROPOSTA DE UM ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO

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

99. ELASTOGRAFIA HEPÁTICA TRANSITÓRIA NO ESTADIAMENTO DA FIBROSE EM DOENTES CO-INFECTADOS VHC/VIH

Vieira Lima C., Baldaia C., Serejo F.

100. A DIMINUIÇÃO DA HEMOGLOBINA INDUZIDA PELA RIBAVIRINA NÃO É UM FACTOR DE RESPOSTA AO TRATAMENTO DA HEPATITE C CRÔNICA

Simão A., Correia L., Monteiro R., Carvalho A.

101. USE OF REPLACEMENT BLOOD DONORS TO STUDY THE EPIDEMIOLOGY OF MAJOR BLOOD-BORNE VIRUSES IN THE GENERAL POPULATION OF MAPUTO, MOZAMBIQUE

Cunha L., Plouzeau C., Ingrand P., Samo Gudo J., Ingrand I., Mondlane J., Beauchant M., Agius G.

102. HEPATOCARCINOMA: RESPOSTA INESPERADA AO SORAFENIB – O QUE FAZER A SEGUIR?

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

103. QUAIS OS PARÂMETROS ASSOCIADOS A PIOR PROGNÓSTICO VITAL NA HEPATITE ALCOÓLICA?

Monsanto P., Almeida N., Ladeira N., Pina Cabral JE., Lérias C., Sofia C.

104. O CONSUMO MANTIDO DE ÁLCOOL ASSOCIA-SE A MAIOR TAXA DE RE-INTERNAMENTO APÓS PRIMEIRA DESCOMPENSAÇÃO DE CIRROSE HEPÁTICA

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

105. HEPATITE ALCOÓLICA NUM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA – ESTUDO RETROSPECTIVO

Cardoso E., Vieira Lima C., Fatela N., Baldaia C., Marinho R., Ramalho F., Velosa J.

106. HEPATITE AUTO-IMUNE: OS CRITÉRIOS SIMPLIFICADOS SÃO MENOS SENSÍVEIS?

Correia L., Monteiro R., Simão A., Louro E., Santos A., Santos R.M., Carvalho A.

107. CARACTERIZAÇÃO DA FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA POR AMANITA PHALLOIDES

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

108. AMILOIDOSE PRIMÁRIA – CAUSA RARA DE FALÊNCIA HEPÁTICA

Gonçalves A., Pinto S., Barjas E., Cortez-Pinto H., Crujo C., Velosa J.

109. MUTAÇÃO DO GENE EPOR: CAUSA DE SÍNDROME DE BUDD-CHIARI?

Ramos A., Ornelas R., Sousa A., Sousa D., Peixe B., Guerreiro H.

110. CORPOS DE GAMAN-GANDY ESPLÉNICOS E HIPERTENSÃO PORTAL

Marques I., Lagos A.C., Rodrigues B., Pinto A., Costa Neves B.

111. TROMBOSE DA VEIA PORTA E ANTICOAGULAÇÃO CRÔNICA – CASO CLÍNICO

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

112. MALFORMAÇÃO INTRA-HEPÁTICA ARTERIO-VENOSA SISTÉMICA ASSOCIADA A HIPERTENSÃO PULMONAR

Quintela C., Lopez A.

113. INFECÇÃO DO LÍQUIDO ASCÍTICO: ANÁLISE DE UMA SÉRIE HOSPITALAR

Ladeira N., Almeida N., Monsanto P., Duarte P., Nobre S., Lérias C., Pina Cabral JE., Sofia C.

114. UMA PERITONITE DIFERENTE

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

115. INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO E ABCESSO HEPÁTICO-UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Cardoso C., Mangualde J., Freire R., Oliveira A.P.

116. ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA NO ESTUDO DE LESÃO PANCREÁTICA – UTILIDADE DA ELASTOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Caldeira A., Iglesias García J., Lariño-Noia J., Sousa R., Banhudo A., Dominguez--Muñoz J.E.

117. PODERÁ A COLANGIO-RM ESTABELECE O DIAGNÓSTICO DE COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA EM DOENTES ASSINTOMÁTICOS E COM ANÁLISES NORMAIS?

Cardoso R., Gomes D., Duque G., Romãozinho J.M., Sofia C.

118. CARACTERIZAÇÃO ÓPTIMA DE ESTENOSSES BILIOPANCREÁTICAS NECESSITA DE COMBINAÇÃO DE CITOLOGIA ESFOLIATIVA COM IMAGIOLOGIA E BIÓPSIA GUIADA POR ECOGRAFIA

Noronha Ferreira C., Rocha D., Marques A., Palma R., Maldonado R., Pinto Correia A., Serra D., Grima N., Velosa J.

119. DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA COM BALÃO DA PÁPILA DE VATER PRECEDIDA DE ESFINCTEROTOMIA MÍNIMA DE ACESSO PARA REMOÇÃO DE CÁLCULOS DA VIA BILIAR PRINCIPAL

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

120. CORPO ESTRANHO E PANCREATITE AGUDA

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

Índice

XXX Congresso Nacional de Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia

Comunicações Orais - N^{os} 1 a 81	29
Posters - N^{os} 1 a 120	67
Resumos aceites para publicação no GE - N^{os} 1 a 59	119

XXX Congresso Nacional de Gastrenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia



Comunicações Orais

Comunicações Orais - N^{os} 1 a 81

COMUNICAÇÕES ORAIS I

10 Junho, 2010
8h30 - 10h30
Sala Fénix II

1 AUMENTO DA EXPRESSÃO DOS RECEPTORES TOLL-LIKE (TLR) 2, 4 E 5 NA DISPLASIA EPITELIAL GÁSTRICA

Autores:

Pimentel-Nunes P., Afonso L., Lopes P., Gonçalves N., Roncon-Albuquerque Jr. R., Leite-Moreira A., Henrique R., Dinis-Ribeiro M., Moreira-Dias L.

Instituição

Gastroenterologia e Anatomia Patológica do IPO-Porto; Fisiologia e Bioestatística da FMUP;

Resumo

Introdução: Os TLRs são importantes receptores da imunidade inata. Apesar dos TLR2, 4 e 5 parecerem ser importantes no reconhecimento da HP, desconhece-se qual o seu papel na evolução de gastrite para lesões mais avançadas.

Objectivo: Comparar o grau de expressão de TLR2, 4 e 5 entre mucosa gástrica normal com gastrite HP+, metaplasia intestinal, displasia e adenocarcinoma.

Métodos: Em amostras histológicas (n=109) de mucosa gástrica normal, gastrite HP+, metaplasia intestinal, displasia (peças de mucosectomia) e adenocarcinoma tipo intestinal (peças cirúrgicas), foi realizada imunohistoquímica para TLR2, 4 e 5 com anticorpos anti-TLR2-TLR4-TLR5 (Santacruz); a quantificação da sua expressão foi realizada por dois patologistas de forma independente de acordo com nº de células positivas e intensidade de expressão (score de 0 a 3).

Resultados: Aumento da expressão dos TLRs de mucosa normal para displasia com tendência estatisticamente significativa (p<0.001). Nos carcinomas verifica-se diminuição da expressão dos TLRs em relação à displasia, com grau de expressão de TLR4 superior ao do TLR2 e 5 nestas lesões (p=0.03)

	Normal(n=22)	HP+(n=20)	Metaplasia(n=26)	Displasia(n=19)	Carcinoma(n=22)
TLR2+(%amostras)	5	50	96	100	55
Score médio(IC95%)	0.05(0-0.14)	0.9(0.4-1.3)	1.9 (1.6-2.2)	2.5(2.7-3)	1(0.6-1.5)
TLR4+(%amostras)	14	65	96	100	85
S. médio(IC95%)	0.14(0-0.3)	1(0.6-1.4)	2.4(2-2.6)	2.9(2.8-3)	2(1.6-2.5)
TLR5+(%amostras)	14	75	96	100	64
S. médio(IC95%)	0.14(0-0.3)	1.1(0.7-1.5)	2.5(2.2-2.7)	2.9(2.8-3)	1.2(0.7-1.6)

Conclusões: A evolução das lesões gástricas associadas à infecção por HP acompanha-se de aumento da expressão dos TLRs. A displasia gás-

trica apresenta uma expressão elevada dos TLRs, indicando que estes receptores podem ter um papel na evolução para adenocarcinoma. Estudos moleculares e funcionais são necessários para esclarecer a importância destes receptores na carcinogénese gástrica.

2 AVALIAÇÃO DE ESÓFAGO DE BARRETT USANDO ENDOSCOPIA DE MAGNIFICAÇÃO E NBI: ACUIDADE E CONCORDÂNCIA INTER-OBSERVADOR DE DIFERENTES SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

Autores:

Baldaque Silva F., Dinis-Ribeiro M., Vieth M., Rabenstein M., Goda K., Kiesslich R., Haringsma J., Edebo A., Toth E., Soares J., Areia M., Lundell L., Marschall H.

Instituição

Serviços de Gastroenterologia Karolinska Institutet (Stockholm), IPO (Porto), DSK (Speyer), JUSM (Tokyo), JGU (Mainz), EMC (Rotterdam), SUH (Gothenburg), MUH (Malmo), HPH (Matosinhos), IPO (Coimbra). Serviço de Patologia, Klinikum Bayreuth (Bayreuth)

Resumo

Introdução: Estão descritos 3 diferentes sistemas de classificação para avaliação de Esófago de Barrett (EB) através do uso de Endoscopia de Magnificação (EM) e Narrow Band Imaging (NBI). Até este momento não está publicada nenhuma avaliação externa ou comparação destes diferentes sistemas de classificação (classificações de Sharma, Kara e Singh).

Objectivos e Métodos: Pretendemos com este estudo comparar a acuidade e variabilidade inter-observador destes 3 diferentes sistemas de classificação na avaliação de EB. A partir de um grupo de 209 vídeos estandardizados e colhidos prospectivamente em doentes com EB, 84 vídeos de alta qualidade foram seleccionados aleatoriamente. Histologicamente, 28 correspondiam a mucosa tipo gástrica, 29 a metaplasia intestinal (MI) e 27 a displasia/carcinoma. Participaram 9 endoscopistas da Europa e Japão com diferentes níveis de experiência nestas técnicas. Previamente à fase de avaliação, foi apresentado um set educacional que foi cuidadosamente estudado. Todos os observadores desconheciam resultados histológicos. Em cada sessão os 84 vídeos foram apresentados numa sequência diferente e aleatória. A concordância (IC) e valor Kappa foram usados para avaliar a concordância inter-observador.

Resultados: Os observadores descreveram certa na predição histológica em 65-68% dos vídeos, mas a acuidade global variou entre 46% (Singh), 47% (Sharma) e 51% (Kara). A acuidade para identificação de displasia ou carcinoma foi superior e de 75%, independentemente da sistema de classificação utilizado ou do grau de experiência dos observadores. A concordância inter-observador (K) foi de 0.34 para a classificação de Singh, 0.44 para a de Sharma e 0.47 para a classificação de Kara.

Conclusões: Todas os sistemas de classificação têm as suas limitações. Para uma maior disseminação destas técnicas no EB, uma classificação

uniformadora deve ser desenvolvida. A classificação de Kara foi aquela que relevou maior acuidade e concordância inter-observador.

3

MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA EM LESÕES COLORECTAIS: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Autores:

Serrano M.¹, Mão de Ferro S.¹, Alberto Santos A.¹, Lage P.¹, Claro I.¹, Pinto A.¹, Cravo M.¹, Faias S.¹, Ferreira S.¹, Pereira Silva J.¹, Chaves P.², Dias Pereira A.¹

Instituição

Serviços de Gastrenterologia¹ e Anatomia Patológica² Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.

Resumo

Introdução e objetivos: A mucosectomia endoscópica (ME) tem-se demonstrado útil na abordagem de lesões precoces do tubo digestivo. Pretendeu-se avaliar a eficácia e segurança desta técnica nas lesões planas do cólon e recto.

Material e Métodos: Entre Fev./2007 e Fev./2010 efectuadas 140 ME de lesões planas colorectais ≥ 10 mm em 133 doentes (82 homens, média de idades $64,4 \pm 12,4$ anos) com a técnica de injeção e corte. Registadas: características endoscópicas e histológicas; tipo de ressecção; complicações; vigilância; necessidade de cirurgia.

Resultados: Localização: 67-ascendente; 17-transverso; 32-descendente/sigmoideia; 24-recto. Dimensão média: $18,5 \pm 8,5$ mm. Tipo: Is-60; Ila-54; Iib-14; Ila+Iic-12. Remoção num fragmento em 56,4%. Lesões > 2 cm ($p=0,00$), Is ou Ila+Iic ($p=0,01$) e do descendente/sigmoideia/recto ($p=0,05$) mais frequentemente ressecadas em "piecemeal". Ressecção considerada completa em 87,9%. Ressecção incompleta mais frequente nas lesões > 2 cm ($p=0,00$), Is ou Ila+Iic ($p=0,01$), do descendente/sigmoideia/recto ($p=0,006$) e ressecadas em "piecemeal" ($p=0,00$). Dos 17 casos com lesão residual houve lugar a nova ME em 5. Aplicação de Argon Plasma (APC) após mucosectomia em 25 lesões (17,8%), incluindo 2 ressecções incompletas. Histologia: alterações inespecíficas-1; pólipo hiperplásico-8; adenoma-120, adenocarcinoma-7 (6 pólipos malignos). Complicações em 5,7% (6 hemorragia intra-procedimento; 1 hemorragia tardia; 1 perfuração). Efectuadas 113 colonoscopias de vigilância em 71 doentes. Taxa de recorrência local: 13/71 (18,3%). Nova ME em 9 lesões. As dimensões e localização das lesões e o tipo de ressecção não influenciaram a taxa de recidiva. Operados 19 (13,5%) doentes (8-ressecção incompleta da lesão inicial; 6-pólipos malignos sem critérios segurança, 1-ADC; 3-irressecabilidade da recorrência, 1-complicação da ME).

Conclusões: A ME mostrou-se eficaz e segura no tratamento das lesões planas do cólon; nas lesões > 2 cm a técnica utilizada associou-se com frequência a ressecções em "piecemeal" que não determinaram taxa de recorrência mais elevada. A ME foi exequível na ressecção das recorrências locais.

4

DILATAÇÃO PNEUMÁTICA EM DOENTES COM COLEDOLITÍASE E ESFINCTEROTOMIA PRÉVIA

Autores:

Monsanto P., Gomes D., Rosa A., Camacho E., Gouveia H., Sofia C.

Instituição

Serviço de Gastrenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: O alargamento de uma esfínterectomia (ETE) pode ser necessário no tratamento da litíase biliar recorrente. A realização de uma 2ª ETE tem sido a técnica mais utilizada, mas segundo alguns autores, o risco de hemorragia é elevado. A dilatação com balão da ETE prévia pode constituir uma alternativa eficaz e segura, evitando assim o uso do esfínterectomia.

Objectivo: Avaliar a eficácia e segurança da dilatação endoscópica pneumática como alternativa à extensão da ETE em doentes com coledocolitíase já submetidos a ETE prévia.

Doentes e Métodos: Avaliação retrospectiva dos pacientes já submetidos a CPRE prévia com ETE, que realizaram uma segunda intervenção endoscópica com vista à remoção de cálculos da via biliar na qual se efectuou alargamento da ETE prévia com esfínterectomia (grupo A) ou, alternativamente, dilatação endoscópica com balão (grupo B). No período em análise (Dezembro/2008-Fevereiro/2010) foram identificados no total 17 indivíduos (grupo A, n=7; grupo B, n=9). Registadas a necessidade de litotricia mecânica, a taxa de sucesso terapêutico e a taxa de complicações para cada grupo.

Resultados: Não foram observadas diferenças significativas relativas à dimensão média do maior cálculo (A: 12,75mm; B:10mm) nem relativas ao número de cálculos (A: 1 a 2:quatro, ≥ 5 :dois, empedramento:um; B: 1 a 2:quatro, 2 a 3:um, ≥ 5 :quatro) entre os dois grupos. Métodos de remoção utilizados: cesta de Dormia-62,5%; balão-12,5%; cesta de Dormia e balão-25%. Taxa de sucesso terapêutico: grupo A-71,4%; grupo B-77,8%. Necessidade de litotricia mecânica: grupo A-14,3%; grupo B-11,1%. Complicações da técnica: 14,3% no grupo A (um caso de hemorragia auto-limitada) e 11,1% no grupo B (um caso de pancreatite ligeira).

Conclusões: A dilatação endoscópica com balão em doentes com cálculos biliares de difícil remoção já submetidos a ETE no passado é uma técnica eficaz mas não isenta de complicações, revelando-se uma alternativa ao alargamento da ETE com esfínterectomia.

5

A CARGA E O CUSTO DE DOENÇA ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL - RESULTADOS DE UM ESTUDO NACIONAL

Autores:

Cortez -Pinto H., Gouveia M., Pinheiro L.S., Costa J. M., Carneiro A.V.

Instituição

Departamento de Gastroenterologia, Unidade de Nutrição e Metabolismo, IMM, Centro de Estudos Aplicados; FCE, Universidade Católica Portuguesa Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina de Lisboa

Resumo

Objectivo: A Organização Mundial de Saúde estimou que 3,2% da carga de doença no mundo é atribuível ao consumo do álcool. O objectivo deste estudo foi estimar a carga de doença atribuível ao consumo do álcool em Portugal.

Métodos: A carga e os custos de doença atribuíveis ao álcool foram estimados com base nos dados demográficos e de estatística de saúde disponíveis de 2005, usando os anos perdidos por incapacidade ou "Disability Adjusted Life Years" (DALY) gerados por doença ou incapacidade.

Resultados: Em Portugal, 3,8% das mortes são atribuíveis ao álcool (4059 em 107839). De acordo com os DALY gerados pelos dados de mortalidade, a proporção de doença atribuível ao álcool foi de 5,0%, com 5,6% das mortes e 6,2% da carga de doença nos homens, 1,8% e 2,4% nas mulheres. A doença hepática representou a principal fonte de carga de doença atribuível ao álcool com 31,5% dos DALYs totais, seguido pelos acidentes de tráfico (28,2%) e diversos tipos de cancro (19,2%). Custos para o Sistema de Saúde: €95,1 milhões atribuíveis aos internamentos relacionados com o álcool (doenças hepáticas, cancro, acidentes de viação e causas externas); custos do ambulatório das doenças relacionadas com o álcool foram estimados em €95,9 milhões, totalizando €191,0 milhões de custos directos, representando 0,13% do Produto Doméstico Bruto e 1,25% dos gastos nacionais em Saúde. Feita também uma análise alternativa usando níveis mais altos de consumo para replicar as estatísticas do consumo agregado de álcool. Neste caso os DALYs perdidos aumentaram 11,7% e os custos da saúde em 23%.

Conclusões: Confirmamos o álcool como factor de risco significativo para a Saúde, representando uma pesada carga económica para o sistema de saúde, com as doenças hepáticas em primeiro lugar como fonte de carga de doença atribuível ao álcool.

6**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA HEMORRAGIA AGUDA POR VARIZES GÁSTRICAS COM CIANOACRILATO****Autores:**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A hemorragia por varizes gástricas(HVG) é uma emergência gastroenterológica.

Objectivo: Avaliar a eficácia e segurança do cianoacrilato na HVG, num

período de 12 anos(1998-2009).

Doentes e Métodos: 97 doentes (78H; média etária 59,6±11,8anos), com HVG realizaram terapêutica endoscópica com mistura de cianoacrilato e lipiodol®(1/1,5 ou 1/1). Cirrose em 91 doentes(álcool-73; vírus-10; álcool+vírus-4; outras-4) e 6 com HTP não-cirrótica. Análise estatística com χ^2 , teste exacto de Fisher e T de Student.

Resultados: Classe Child-Pugh(CP) nos doentes cirróticos: A-12,1%; B-53,8%; C-34,1%. Mediana do score MELD-13(3-26). Hemoglobina média-8,3±2,1g/dL. Protrombinémia (PT) média-56,1%±15%. Transfusão de GV's-4,7±3,4 unidades. Uso prévio ineficaz de esclerosantes em 23 doentes e balão de Sengstaken-Blakemore(BSB) em 25. Classificação de Sarin: GOV1-37,2%; GOV2-27,8%; IGV1-30,9%; IGV2-4,1%. Estigmas endoscópicos de hemorragia recente-79,4%. Hemorragia activa-20,6%. Mediana do tempo até 1ª injeção-24h(3-360). Mediana do volume de mistura-1,5 ml(0,6-5 ml; 1-8 injeções). Hemostase inicial-95,9%. Hemorragia persistente e/ou recidiva muito precoce(48-120h) em 7 e recidiva precoce(120h-6semanas) em 11 doentes. Segundo tratamento no mesmo período de hospitalização em 12 doentes. Novos episódios de hemorragia em 34, principalmente por varizes esofágicas. Complicações em 17,5% (febre-14,4%; embolia pulmonar-5,2%; embolia cerebral-3,1%; outros-7,2%). Nove óbitos durante o episódio(9,3%). Factores associados com complicações($p<0.05$): BSB antes de cianoacrilato; recidiva muito precoce. Factores associados a mortalidade($p<0.05$): má função hepática(CP C); ausência de hemostase inicial; BSB após cianoacrilato; ocorrência de complicações; recidiva muito precoce e hipoprotrombinémia.

Conclusões: O cianoacrilato é um método rápido, fácil, relativamente seguro e eficaz no controlo da HVG. A falência da hemostase inicial e/ou recidiva muito precoce e a má função hepática estão associadas à ocorrência de complicações e mortalidade.

7**IMPACTO DO ENSINO PERSONALIZADO NA PREPARAÇÃO INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA - ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO****Autores:**

Brito D., Areia M., Carvalho R., Saraiva S., Craveiro C., França C., Alves R.M., Ferreira A.C., Pedrosa M., Catré A., Cadime A.T.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do IPOCFG, EPE (Directora: Dra Ana Teresa Cadime).

Resumo

Introdução: Apesar dos avanços na tecnologia e da optimização dos métodos de preparação intestinal, a má qualidade de limpeza intestinal continua a ser um problema de difícil resolução, afectando cerca de 20% dos exames.

Objectivo: Avaliar o impacto do ensino personalizado ao utente na preparação intestinal para a colonoscopia.

Material e Métodos: Estudo prospectivo, randomizado e cego para os investigadores. Randomização foi efectuada por tabela computadorizada e os pacientes foram alocados para receberem folheto informativo e ensino personalizado versus folheto informativo apenas. Foram incluídos pacientes referenciados para colonoscopia, com a excepção dos que apresentavam história prévia de cirurgia intestinal ou diagnóstico confirmado de neoplasia colo-rectal. O produto utilizado na preparação intestinal foi o polietilenoglicol. Todos os exames foram realizados sem qualquer tipo de sedação. Os endoscopistas classificaram a qualidade da limpeza intestinal utilizando a escala de Aronchick. Os pacientes responderam a um questionário com o objectivo de avaliar a tolerância ao produto de limpeza e à colonoscopia. A correlação entre os 2 investigadores foi avaliada pelo método de kappa e a análise estatística entre os grupos pelos testes de t-Student e Qui-quadrado.

Resultados: Incluídos 125 pacientes (63H e 62M), dos quais 58 (46,4%) receberam ensino personalizado e 67 (53,6%) apenas folheto informativo. Não existem diferenças entre os grupos quanto à idade média (60,7 anos vs 60,1 anos, $p=0,78$) ou sexo (55,2% vs 44,8%, $p=0,25$), mas persistem disparidades quanto à obstipação crónica (36,2% vs 20,9%, $p=0,06$) e cirurgia abdominal prévia (58,6% vs 40,3%, $p=0,04$). No grupo que recebeu ensino 60,3% dos pacientes obtiveram uma classificação excelente ou boa enquanto que no grupo que não recebeu ensino apenas 41,8% obtiveram aquela classificação ($p = 0,04$).

Conclusões: Estes resultados, embora preliminares, sugerem que o ensino personalizado ao utente poderá ter um impacto significativo na melhoria da qualidade de limpeza intestinal.

8

COMPARAÇÃO DE 3 TESTES PARA O DIAGNÓSTICO NÃO-INVASIVO DE FIBROSE SIGNIFICATIVA NA HEPATITE B CRÓNICA

Autores:

Soares J.B., Ferreira A., Caetano A.C., Pardal F.*, Gonçalves R.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Braga *Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Braga

Resumo

Introdução: Ao contrário da hepatite C crónica, na hepatite B crónica, os dados sobre a capacidade diagnóstica dos testes não-invasivos para avaliação da fibrose hepática são escassos.

Objectivo: Comparar a eficácia de 3 testes não-invasivos simples (APRI, Fib-4 e índice de Forns) para o diagnóstico de fibrose significativa em doentes com hepatite B crónica.

Métodos: Foram incluídos retrospectivamente 70 doentes (45 do sexo masculino) com hepatite B crónica que realizaram biópsia hepática (BH) pré-tratamento e avaliação analítica. Definiu-se fibrose significativa como $F \geq 2$ (METAVIR). Comparou-se a AUC (area under the curve) e acui-

dade diagnóstica dos 3 testes para $F \geq 2$.

Resultados: 23 (33%) doentes apresentavam $F \geq 2$. A AUC do Fib-4, índice de Forns e APRI foi de 0,83 (IC 95% 0,72-0,91), 0,82 (IC95% 0,71-0,90) e 0,81 (IC95% 0,69-0,89), respectivamente ($p > 0,05$). Utilizando os cut-off publicados na literatura para cada um dos testes, o Fib-4 permitiu classificar significativamente mais doentes (83%) que o índice de Forns (70%) e APRI (64%) ($p < 0,05$). A acuidade diagnóstica (percentagem de doentes classificados correctamente) do índice de Forns (88%) e APRI (87%) foi significativamente superior à do Fib-4 (84%) ($p < 0,05$). Combinando sequencialmente o teste com maior acuidade diagnóstica (índice Forns) com o teste com menor percentagem de doentes não classificáveis (Fib-4), obtivemos uma acuidade diagnóstica superior (90%; $p > 0,05$) e uma percentagem de doentes não classificáveis inferior (11%; $p < 0,05$) à de cada teste isoladamente.

Conclusões: O índice de Forns e o APRI apresentam maior acuidade diagnóstica que o Fib-4, mas à custa de uma maior percentagem de doentes não classificáveis. Combinando o índice de Forns com o Fib-4 aumentamos a acuidade diagnóstica e diminuímos a necessidade de biópsia hepática em doentes com hepatite B crónica.

COMUNICAÇÕES ORAIS II
10 Junho, 2010
8h30 - 10h30
Sala Fénix I

9

ENERGIB, "EUROPEAN SURVEY OF NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING" - RESULTADOS EM PORTUGAL

Autores:

Neto R., Arroja A., Vidal R., Nunes A., Neves P., Fonseca J., Teixeira J.R., Baranda J., Ribeiro F., Machado A.

Instituição

Estudo ENERGIB - Hospital Garcia de Orta

Resumo

Introdução: Há a convicção que, na Hemorragia Digestiva Alta de causa não varicosa (HDANV), as abordagens divergem das recomendações e variam entre diferentes centros. Para avaliar as abordagens usadas em contexto real desenvolveu-se o estudo ENERGIB, observacional e retrospectivo, em 123 centros de 7 países europeus. Para caracterizar melhor os doentes portugueses e sua abordagem clínica avaliam-se os resultados obtidos nos centros portugueses envolvidos.

Material e Métodos: Doze centros portugueses de características variadas avaliaram retrospectivamente (análise dos processos clínicos)

doentes com HDANV internados em Out/Nov 2008. Estudaram-se: (i) características clínicas dos doentes, do episódio hemorrágico e da lesão sangrante, (ii) abordagens utilizadas, (iii) resultados clínicos dos episódios de HDANV. Procuraram-se factores determinantes para as abordagens clínicas utilizadas e para resultados mais negativos: persistência/recidiva hemorrágica, cirurgia e mortalidade.

Resultados: Caracterizaram-se: 404 doentes, lesões e aspectos clínicos dos episódios de HDANV; abordagens diagnósticas e terapêuticas utilizadas. Associaram-se a risco aumentado de resultados clínicos desfavoráveis: idade > 65; co-morbilidades; apresentação como hematemese (sangue vivo), choque ou presença de sangue na sonda nasogástrica; HDANV em doentes previamente internados; transfusões nas primeiras 12 horas. O internamento em hospital > 500 camas associou-se a risco aumentado de cirurgia. Associaram-se a risco reduzido de mortalidade: HDANV como causa da admissão; AINEs ou anticoagulantes na admissão. Em relação às abordagens clínicas: co-morbilidades e apresentação como hematemese associaram-se a tratamento com IBP prévio à endoscopia; apresentação como hematemese de sangue vivo associou-se a maior probabilidade de terapêutica endoscópica e diagnóstico de esofagite a menor probabilidade de terapêutica endoscópica; HDANV como causa da admissão hospitalar e diagnóstico de úlcera gástrica associaram-se a maior probabilidade de segunda endoscopia.

Conclusões: O presente estudo permitiu aprofundar o conhecimento sobre os doentes portugueses e sua abordagem, suscitando uma reflexão sobre os nossos procedimentos.

10

SCORES PROGNÓSTICOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA

Autores:

Duque G., Freire P., Romãozinho J.M., Amaro P., Ferreira M., Sofia C.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: Vários scores prognósticos têm sido desenvolvidos e validados em Unidades de Cuidados Intensivos gerais. A sua utilidade em Unidades de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia (UCIGE) nunca foi avaliada.

Objectivo: Avaliar a acuidade prognóstica dos scores Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II, Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II e Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) numa UCIGE.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 300 internamentos consecutivos (incluindo 288 doentes) numa UCIGE. Registaram-se características demográficas, motivo de admissão, scores APACHE II, SAPS

II e SOFA e sobrevida. A discriminação foi avaliada com curvas Receiver Operations Characteristic (ROC), nomeadamente através da área debaixo da curva (AUC). A calibração foi avaliada com o teste Hosmer-Lemeshow.

Resultados: Taxa de mortalidade de 5%. Os valores médios dos scores APACHE II, SAPS II e SOFA nos doentes que faleceram (21.9, 46.2 e 9.3) foram significativamente superiores aos dos doentes que sobreviveram (11.9, 26.7 e 2.2, respectivamente) ($p < 0.001$). Todos modelos prognósticos revelaram excelente discriminação com AUC = 0.900, 0.903 e 0.965 para os scores APACHE II, SAPS II e SOFA, respectivamente. De forma similar, os scores APACHE II, SAPS II e SOFA mostraram boa calibração, com $p = 0.671, 0.928$ e 0.775 , respectivamente. Em termos globais, o SOFA foi o score que demonstrou melhor performance com uma acuidade preditiva de 94%, em oposição aos 86.2% do APACHE II e os 82.7% do SAPS II.

Conclusões: Na nossa UCIGE, os scores APACHE II, SAPS II e SOFA têm excelente capacidade prognóstica e, entre eles, o SOFA é o que apresenta maior acuidade preditiva.

11

FOLLOW-UP A LONGO PRAZO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA: QUAL O SIGNIFICADO DE UMA CÁPSULA ENDOSCÓPICA NEGATIVA?

Autores:

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santo António, Porto

Resumo

Objectivo: Avaliar recidiva após cápsula endoscópica (CE) e possíveis factores de recidiva, em doentes com hemorragia digestiva obscura (HDO).

Métodos: Revistos 163 doentes consecutivos que realizaram CE durante estudo de HDO, entre Janeiro/2002 e Janeiro/2009. Incluídos apenas doentes com follow-up > 12 meses. Registados dados clínicos e endoscópicos. Determinada incidência de recidiva (hemorragia evidente e/ou queda de hemoglobina ≥ 2 g/dl) após CE e avaliados possíveis factores de recidiva.

Resultados: Incluídos 86 doentes, média de follow-up 24.6 ± 10 meses, 47.7% homens, média de idades 57 ± 18.1 anos, 7(8.1%) hipocoagulados, 25(29.1%) antiagregados. HDO oculta: 52(60.5%) doentes. CE visualizou todo Intestino Delgado em 65(75.6%) casos, detectando lesões relevantes (CE positiva) em 42(48.8%): angiodisplasias - 20(47.6%); erosões/úlceras - 17(40.5%); tumor - 2(4.8%); sangue sem lesão identificada - 2(4.8%); enterite radica - 1(2.4%); Divertículo Meckel - 1(2.4%); outras - 5(5.8%). Sem diferença significativa na prevalência de CE positivas em função do tipo de HDO. Tratamento dirigido em 18(42.9%) doentes com CE po-

sitiva (endoscópico-9;médico-6;cirúrgico-3). Recidiva em 29(33.7%) doentes. Recidiva em 42.9%(18/42) no grupo com CE positiva e 25%(11/44) no com CE negativa ($p=0.08$). Recidiva em 36,5% dos doentes com HDO aberta e em 29.4% nos com HDO oculta ($p=0.08$). Média de idade semelhante nos dois grupos. Recidiva em 47.1% dos doentes que fizeram terapêutica dirigida e em 30.4% dos que não fizeram ($p=0.19$). Prevalência de hipocoagulados no grupo que recidivou significativamente maior que no grupo sem recidiva [6/29(20.7%) vs 2/57(3.5%), $p=0.02$]. Antiagregação no follow-up não aumentou risco de recidiva.

Conclusões: Um terço dos doentes recidivou durante follow-up e CE negativa não significou menor risco hemorrágico, aconselhando-se vigilância. Tipo de HDO não influenciou resultado da CE nem risco de recidiva. A hipocoagulação é factor de risco para recidiva. A terapêutica dirigida, na maioria dos casos para angiodisplasias, não reduziu recidivas, provavelmente porque história natural e benefício da terapêutica nesta patologia ainda não totalmente esclarecido.

12

MIOCARDIOPATIA NA CIRROSE HEPÁTICA - ESTUDO PROSPECTIVO NUM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA

Autores:

Vieira Lima C.; Cardoso E.; Fatela N.; Baldaia C.; Marinho R.; Ramalho F.; Velosa J.

Instituição

Hospital Santa Maria- Centro hospitalar Lisboa norte

Resumo

Introdução: A miocardiopatia na cirrose hepática (CH) não é exclusiva da etiologia alcoólica. A sua prevalência, prognóstico e impacto na sobrevida são objecto de estudo, mas a literatura é consensual na presença de disfunção ventricular diastólica e de alterações electrocardiográficas (prolongamento de QT) para estadios de Child B e C.

Objectivo: Estudar prospectivamente a função cardíaca dos doentes internados num Serviço de Gastroenterologia.

Métodos: Desde 1 de Março de 2010, os doentes com CH internados no nosso serviço são submetidos a ecocardiograma transtorácico, electrocardiograma (ECG) e avaliação analítica.

Resultados: No 1º mês obtivemos uma população de 20 doentes, mediana de 60 anos, 95% do sexo masculino, média de 16,7 pontos de score MELD, 45%(n=9) em classe Child C e 45% classe B. Principais causas de internamento: 45% ascite; 20% hemorragia digestiva; 15% EPS. Etiologia da CH: alcoólica: n=11; VHC: n=1; VHC+álcool: n=5; VHB: n=1; outras: n=2. Comorbilidades cardiovasculares: diabetes mellitus: 40%(n=8); HTA: 15%(n=3); pós-AVC: 5%(n=1) SaturaçãoO₂(decúbito)=95,5%; PaO₂(decúbito)=88,6mmHg e sem diferença estatisticamente significativa (t-student, $p>0,05$) entre valores em decúbito e ortostatismo. Valores medianos: troponina=0,02mg/L; CK=46U/L; CK-MB=1,4mg/L;

ProBNP=523pg/mL(n=19) estando este elevado (ajustado a sexo/idade) mas abaixo do cut off para insuficiência cardíaca(IC) em 57,9%(n=11). Ecocardiograficamente: 45%(n=9) com alteração relação E/A; 0% tem disfunção sistólica; 45%(n=9) com dilatação da aurícula esquerda; 70% sem hipertrofia ventricular; 45%(n=9) com pressão sistólica artéria pulmonar(PSAP) entre 30-59mmHg (hipertensão pulmonar ligeira-moderada), dos quais apenas 1 com antecedentes pneumológicos. ECG com QT prolongado em 15%(n=3). Não encontramos diferença estatisticamente significativa entre: pró-BNP, alteração relação E/A e as classes de Child-Pugh.

Conclusões: O pró-BNP surge aumentado nos doentes com CH mesmo sem critérios ecocardiográficos de IC ocorrendo a disfunção ventricular diastólica, traduzida por alteração do fluxo E/A, em quase metade dos doentes com CH.

13

RESULTADOS A MÉDIO/LONGO PRAZO DA COLOCAÇÃO DE BALÕES INTRA-GÁSTRICOS PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA EM 94 DOENTES

Autores:

Lima-Vieira C., Ferreira A., Machado M., Jorge Z., Nobre E., Carvalho R., Cortez-Pinto H., Velosa J.

Instituição

Hospital Santa Maria- Centro hospitalar Lisboa norte

Resumo

Introdução: A prevalência da obesidade tem vindo a aumentar em Portugal. A utilização do balão intragástrico (BIG) é uma alternativa terapêutica isolada ou em combinação com cirurgia bariátrica.

Objectivo: Estudar o efeito a médio/longo prazo da colocação de BIG.

Material e Métodos: Analisar retrospectivamente os doentes que colocaram BIG (2004-2009), com ou sem cirurgia, relativamente a: peso (pré-BIG=P1; na remoção BIG=P2; última observação=P3); parâmetros metabólicos; complicações e melhoria da qualidade de vida (escala 0-5).

Resultados: n=94 doentes, 76,6% mulheres, idade: 43,7±12 anos, com seguimento de 1010 ±607dias, mortalidade 3,2% (não directamente relacionada com técnica). O BIG permaneceu 190±60,6dias, com redução média de 19,3±12,8kg (P1=131,0 kg vs P2=111,5kg; $p<0,0001$ e índice de massa corporal 49,9 vs 42,0 kg/m²). Sem variação no perfil lipídico (colesterol e triglicéridos) pré e pós-BIG, em 33 doentes em que foi possível comparar. 20,2% apresentou vômitos e marcada intolerância; 6,4% retiraram o BIG precocemente (>90dias). Em 79,8% verificou-se melhoria na qualidade de vida após colocação do BIG. 50% foi submetida a cirurgia (banda-23; sleeve-13; bypass-6; não especificado-5). Em 85,1% dos operados foi reportada melhoria na qualidade de vida, superior à reportada após BIG, $p<0,0001$. 37,2% não realizou cirurgia e desconhecemos a evolução de 12,8%. Obtivemos o P3 em 72,3% dos doentes. A variação

global foi de 26kg, com maior perda ponderal nos que foram posteriormente operados: (variação de peso P3-P1: 37,3Kg operados vs 8,8Kg grupo não operados, p<0,0001) No fim do seguimento, 51,4% dos não operados mantêm perda de peso ≥5% do P1 e 14,3% aumentou peso.

Conclusões: O BIG parece justificar-se sobretudo se for seguido de cirurgia, associada a maior perda de peso e melhoria da qualidade de vida; no entanto metade dos indivíduos que só colocaram BIG apresentou perda de peso mantida a longo prazo, devendo contudo realçar-se a marcada intolerância ao procedimento em 1/5 dos casos.

14

ACALÁSIA: UMA VISÃO DE ALTA RESOLUÇÃO

Autores:

Duque G., Souto P., Gregório C., Ferreira M., Freire P., Gouveia H., Sofia C.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A manometria esofágica de alta resolução com impedância (MEARI) é uma nova técnica. Ao aumentar o número de sensores e reduzir a distância entre eles, permite uma representação compreensiva de todo o órgão. A realização simultânea de impedância permite avaliar a passagem do bolus líquido. Apresenta-se a nossa experiência na acalásia.

Objectivo: Avaliar características clínicas, demográficas e manométricas nos doentes com diagnóstico de acalásia na MEARI.

Material e Métodos: Avaliados 13 doentes com acalásia. Utilizado equipamento de manometria esofágica de alta resolução com impedância (Solar GI HRMI-MMS), bomba de perfusão de 24 canais e sonda de 22 canais de pressão e 7 de impedância.

Resultados: Dos 13 doentes, 6 são do sexo masculino. Idade média: 50,5 (±20,4 anos). Para além de disfagia, 31% (4/13) apresentava emagrecimento, 31% episódios de regurgitação e 23% (3/13) dor torácica. Na MEARI, num caso não foi possível transpor o cardia com sonda. Havia pressão aumentada do esfíncter esofágico inferior (EEI) em 75% (9/12). Em todos havia ausência de relaxamento normal do EEI e aperistalse. Todos os doentes apresentavam pressurização esofágica do corpo, com valores >15mmHg em 8 (62%). Em nenhum foi identificada progressão de líquido por impedância, apresentando valores de impedância basal média de 471 Ohm.

Conclusões: A MEARI parece evidenciar alterações motoras esofágicas de forma mais detalhada e compreensiva, podendo facilitar a abordagem diagnóstica destes doentes. Ao demonstrar a variação da posição do EEI pelos movimentos respiratórios permite de modo mais fácil identificar falsos relaxamentos do EEI. Tal como esperado não se demonstrou a passagem do bolus por impedancimetria nestes doentes, quer por disfunção motora, quer por questões técnicas, confirmando-se baixo valor basal de impedância por provável presença de conteúdo líquido retido no corpo esofágico.

15

CANCRO GÁSTRICO EM PORTUGAL - DECLÍNIO OU EXPANSÃO?

Autores:

Ramos R., Caldeira P., Cremers I., Curado A., Vieira A.I., Pedrosa J.

Instituição

Grupo de Estudo Base de Dados NGHD

Resumo

A realidade nacional relativa ao cancro do estômago não é conhecida em toda a sua plenitude.

Objectivos: analisar e descrever a realidade nacional no que concerne ao tumor do estômago diagnosticado por endoscopia em 18 centros de Portugal, contribuindo para o conhecimento desta entidade.

Material e Métodos: estudo multicêntrico, retrospectivo, do número de tumores do estômago registados numa base de dados de âmbito nacional, entre 1996 e 2008. Participaram 18 centros, com inclusão de 275.199 EDA.

Resultados: Identificadas 5055 neoplasias do estômago (frequência: 1,8%), 61,5 % eram do sexo masculino. Idade média: 69,6+13,3 anos. As principais indicações para a realização do exame foram anemia, hemorragia digestiva e disfagia. Em 30,2% localizado no antro. Em 447 casos (8,8%) o diagnóstico endoscópico foi úlcera ou cicatriz, pólipo e erosão gástrica, tendo o exame histológico da biópsia sido determinante. A histologia foi em 81,1% adenocarcinomas. Na primeira metade do período em análise foram diagnosticados 2240 casos contra 2815 casos no 2.º período (frequência de 1,9% e 1,8% respectivamente).

Regional:

	Frequência(%)	Idade média (anos)	Sexo masculino (%)	Localização (%)
Norte	2,0	66,2	68,3	Antro - 30,9
Centro	1,7	66,4	69,2	Antro - 35,6
Sul	1,8	67,5	64,7	Antro - 25,7

Conclusões: Predomínio do sexo masculino, idade média do diagnóstico > dos 60 anos. A anemia/hemorragia digestiva são o motivo para realização do exame em 1/4 dos casos. Cerca de 1/3 dos casos localizam-se no antro. Predomínio dos adenocarcinomas. Da avaliação regional, maior frequência a norte, com diminuição gradual para sul. Não se verificou um aumento no número de casos diagnosticados de cancro gástrico nos últimos anos. Estudo BDNGHD, elaborado com patrocínio do NGHD.

16

VALIDADE DIAGNÓSTICA E CURVA DE APRENDIZAGEM DA CLASSIFICAÇÃO DE KARA NA AVALIAÇÃO DO ESÓFAGO DE BARRETT USANDO ENDOSCOPIA DE MAGNIFICAÇÃO E NARROW BAND IMAGING

Autores:

Marques M., Baldaque Silva F., Bastos P., Ramalho R., Pereira P., Ribeiro A., Marques N., Coimbra M., Vieth M., Lundell L., Dinis Ribeiro M., Marschall H.U., Macedo G.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de São João, Porto; Serviço de Gastroenterologia, Hospital Karolinska, Estocolmo; Serviço de Gastroenterologia, IPO, Porto; Klinikum Bayreuth, Bayreuth; Instituto de Telecomunicações, FCUP, Porto

Resumo

Objectivo: Kara e colaboradores propuseram uma classificação para predição histológica da mucosa de Barrett usando endoscopia de magnificação e Narrow Band Imaging (EM-NBI). Com este estudo pretendemos avaliar a exequibilidade, validade diagnóstica e a curva de aprendizagem deste sistema de classificação em doentes com esófago de Barrett (EB).

Métodos: Foram colhidos 209 vídeos consecutiva e prospectivamente em doentes com EB, usando EM-NBI. A partir deste grupo, 80 vídeos foram seleccionados aleatoriamente: 27 correspondendo a mucosa tipo gástrico, 28 a metaplasia intestinal (MI) e 25 a MI displásica/carcinoma. Quatro endoscopistas com diferentes níveis de experiência participaram, tendo sido desenvolvido software específico de observação e anotação. No início um set educacional com descrição da técnica de EM-NBI e da classificação foi apresentado e estudado cuidadosamente, após o que cada um dos 80 vídeos foi observado e classificado. Só após a classificação de cada vídeo foi fornecido o feedback histológico. Para análise da curva de aprendizagem os 80 vídeos observados consecutivamente foram agrupados em conjuntos de 20 vídeos.

Resultados: O acerto global variou entre 43-55%, a sensibilidade para detecção de MI entre 32-50%, a sensibilidade para lesões displásicas entre 50-75%, e a concordância inter-observador entre 0.48-0.60 (K), verificando-se uma decréscimo da acuidade com a progressão na avaliação. Com aumento no número de vídeos observados e classificados diminuiu o tempo de observação e a certeza demonstrada na predição histológica.

Conclusões: A classificação de Kara permite a classificação de mucosa de Barrett de uma forma sistematizada e rápida, com considerável sensibilidade para lesões displásicas e baixa sensibilidade para EB não displásico. Deverão ser realizados aperfeiçoamentos na técnica de EM-NBI ou no sistema de classificação de forma a estas serem implementadas de forma mais abrangente.

Autores:

Machado M.V., Silvestre A.R., Evangelista T., Coutinho J., Carepa F., Costa A., Cortez-Pinto H.

Instituição

Serviços Gastroenterologia, Neuropatologia, Anatomia Patológica, and Cirurgia 2, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Resumo

Introdução: O excesso lipídico acumula-se ectopicamente com eventual lesão mitocondrial e resistência à insulina (RI). Pretendemos correlacionar gordura intramiocelular, função mitocondrial, RI e lesão hepática, na obesidade mórbida.

Métodos: Recrutamento prospectivo de obesos submetidos a cirurgia bariátrica, com biopsia hepática e músculo deltoídeo. Incluiu-se grupo controlo de biopsias musculares normais. RI se HOMA \geq 3. Aplicou-se NAFLD Activity Score às biopsias hepáticas. Avaliou-se morfologia muscular e função mitocondrial (citrato sintetase, complexos I-IV cadeia respiratória).

Resultados: 35 doentes (24 esteatose - grupo 1; 11 NASH/inflamação - grupo 2), 34 controlos. Grupo 2 vs 1: idade 50 \pm 7 vs 40 \pm 11 anos; p=0,002, RI: 90% vs 65%; p=0,044, síndrome metabólico: 82% vs 67%; p=0,010; distribuição por sexos semelhante. Biopsias musculares: sem diferença proporção/tamanho fibras tipo 1/2, obesos vs controlos; gordura interfascicular e intramiocelular mais frequente obesos vs controlos (36% vs 0%; p<0,001 e 68% vs 9%; p<0,001) e gordura intramiocelular mais frequente grupo 2 vs 1 (60% vs 22%; p=0,057). Obesos apresentavam mais miócitos COX negativos (40% vs 6%; p=0,001) e acumulação glicogénio (37% vs 0%; p<0,001), menos agregados mitocondriais (49% vs 79%; p=0,012), sem diferenças entre grupos de obesos. Sem diferenças entre obesos e controlos nos enzimas mitocondriais; grupo 2 com maior actividade complexo III (citocromio c redutase) vs 1 (105 \pm 47 vs 68 \pm 33; p=0,022). Citrato sintetase e complexo III associaram-se a RI (124 \pm 28 vs 90 \pm 30; p=0,014 e 87 \pm 35 vs 61 \pm 29; p=0,070).

Conclusões: Obesidade associa-se a acumulação lipídica muscular que se correlaciona com necroinflamação hepática, quando intracelular. Não parece haver defeito mitocondrial muscular em obesos, independentemente da histologia hepática; pelo contrário, verificou-se maior actividade mitocondrial (citocromio c redutase), particularmente na NASH, provavelmente compensatória por sobrecarga energética.

18**AValiação DO PAPEL DA IMUNIDADE INATA MEDIADA PELO TOLL-LIKE RECEPTOR 4 NA HEPATOCARCINOGENESE****Autores:**

Soares J.B.¹, Pimentel-Nunes P.², Dinis-Ribeiro M.², Ferreira A.¹, Rolanda C.², Gonçalves R.³, Afonso L.³, Lopes P.³, Henrique R.³, Pardal F.⁴, Roncon-Albuquerque Jr. R.⁵, Gonçalves N.⁵, Boal-Carvalho I.⁵, Leite-Moreira A.F.⁵

COMUNICAÇÕES ORAIS III

10 Junho, 2010

8h30 - 10h30

Sala Lyra

17**NA OBESIDADE MÓRBIDA, O FÍGADO GORDO NÃO ALCOÓLICO ASSOCIA-SE A SOBRECARGA DE LÍPIDOS NO MÚSCULO, MAS NÃO A DIFUNÇÃO MITOCONDRIAL**

Instituição

¹ Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Braga ² Serviço de Gastroenterologia do IPO-Porto ³ Serviço de Anatomia Patológica do IPO-Porto ⁴ Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Braga ⁵ Serviço de Fisiologia da Faculdade de Medicina do Porto

Resumo

Introdução: Estudos recentes em animais sugerem que o Toll-like receptor (TLR) 4, o receptor do LPS (lipopolissacarídeo), pode constituir a ponte essencial entre a inflamação hepática crónica e a hepatocarcinogénese. No entanto, não existem dados sobre a expressão hepática do TLR4 em doentes com hepatite crónica.

Objectivo: Avaliar a expressão génica e proteica do TLR-4 em fragmentos hepáticos de doentes em diferentes fases da hepatocarcinogénese.

Métodos: Foram incluídos prospectivamente 40 doentes, 13 controlos (grupo A; doentes que realizaram biópsia hepática para esclarecimento diagnóstico), 14 com hepatite crónica vírica (grupo B), 5 com cirrose vírica (grupo C) e 8 com hepatite vírica e hepatocarcinoma (grupo D). Os fragmentos hepáticos foram colhidos por biópsia hepática percutânea ou cirúrgica. A quantificação do ARNm do TLR-4 foi realizada por real-time RT-PCR, utilizando o GAPDH como gene normalizador (dados expressos como média±erro padrão). A expressão imuno-histoquímica do TLR4 foi avaliada através de anticorpos anti-TLR4 e da revelação com o sistema biotina-estreptavidina-peroxidase. Avaliou-se a proporção (<25%; 25-75%; >75%) e intensidade (baixa, média e elevada) da expressão hepatocitária do TLR4, utilizando-se uma escala visual pré-definida.

Resultados: Os grupos B e C apresentaram expressão semelhante de ARNm do TLR4 (2.47±0,5 e 1.86±0,18), a qual foi superior à do grupo A (1±0,27). Detectou-se a expressão imuno-histoquímica em mais de 75% dos hepatócitos dos grupos A, B e C e em 25-75% dos hepatócitos do grupo D. A intensidade da expressão imuno-histoquímica do TLR4 nos hepáticos foi maior nos grupos B (elevada) e C (elevada), comparativamente aos grupos A (média) e D (média).

Conclusões: A expressão génica e proteica do TLR4 nos hepatócitos está aumentada nos doentes com hepatite crónica e cirrose e mantida nos doentes no hepatocarcinoma, sugerindo que o TLR4 pode desempenhar um papel essencial na hepatocarcinogénese.

19

ESTEATOSE HEPÁTICA EM DOENTES CO-INFECTADOS COM VIH E VÍRUS DA HEPATITE C - META-ANÁLISE DOS FACTORES DE RISCO**Autores:**

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

Instituição

Departamento de Gastroenterologia, Unidade de Nutrição e Metabolismo,

CHLN e Departamento de Bioestatística, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

Resumo

Introdução: A prevalência de esteatose hepática (EH) em doentes infectados por vírus de hepatite C (VHC) é 40-80%, associando-se a factores metabólicos e virais, nomeadamente genótipo 3 e carga viral. A infecção pelo HIV e tratamento anti-retroviral são também factores de risco para EH. Vários estudos avaliaram a EH em co-infectados, com resultados discrepantes. Efectuou-se uma meta-análise dos factores de risco de EH em co-infectados por VIH/VHC.

Métodos: Os estudos elegíveis foram identificados por pesquisa palavras-chave estruturadas (incluindo co-infecção, VIH, VHC, esteatose), na PubMed. Em todos os estudos, EH foi avaliada por histologia. Obtiveram-se odds-ratios combinadas e intervalos de confiança pelo modelo de efeito aleatório e método de DerSimonian-Laird.

Resultados: Foram seleccionados 12 estudos, com 1989 co-infectados, 20% infectados pelo VHC genótipo 3. A prevalência global de EH foi 50,8%. Quatro estudos também incluíram 1540 mono-infectados por VHC, não se verificando maior risco de EH em co-infectados (OR 1,61 95%IC 0,84-3,10; p=0,151). Em co-infectados, a EH associou-se a maior índice de massa corporal (IMC) (OR 1,13 95%IC 1,07-1,19; p<0,001), diabetes mellitus (OR 2,32 95%IC 1,32-4,07; p=0,003), elevação de ALT, (OR 1,28 95%IC 1,02-1,61; p=0,035), necroinflamação (OR 1,72 95%IC 1,11-2,67; p=0,016) e fibrose (OR 1,67 95%IC 1,20-2,34; p=0,003). Não se verificaram associações entre EH e sexo, outros factores metabólicos (dislipidémia, glicose, síndrome metabólico), factores relacionados com VHC (genótipo, carga viral) ou VIH (carga viral, contagem CD4 e terapêutica anti-retroviral).

Conclusões: A EH não parece ser mais frequente em co-infectados VIH/VHC que em mono-infectados VHC. Em co-infectados, a EH associa-se a factores metabólicos, (diabetes mellitus e IMC) e maior gravidade de doença hepática (necroinflamação e fibrose). O facto de não se encontrarem associações com factores do VHC, parece dever-se à pequena percentagem de genótipo 3.

20

TROMBOSE DA VEIA PORTA NA CIRROSE HEPÁTICA AVANÇADA: APRESENTAÇÃO CLÍNICA, COMPLICAÇÕES E PROGNÓSTICO**Autores:**

Noronha Ferreira C., Alexandrino P., Ramalho F., Velosa J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria

Resumo

Objectivo: Caracterizar a etiologia, apresentação clínica e prognóstico de trombose da veia porta (TVP) na cirrose hepática (CH).

Métodos: Avaliamos 60 doentes consecutivos com CH e TVP por ecografia abdominal com *doppler* e/ou tomografia computadorizada abdominal. Excluímos 20 doentes com TVP no contexto de carcinoma hepatocelular.

Resultados: O grupo de 40 doentes tinha idade média de $59,8 \pm 13,4$ anos, sendo 65%(26) homens. Etiologia de CH: Álcool-58%(23), álcool+vírus-15%(6), vírus-13%(5), outras-15%(6). Gravidade de CH: Child-Pugh- 8 ± 3 , MELD- 14 ± 7 . Na altura de diagnóstico de TVP, 87%(33/38) estavam sintomáticos: Hemorragia por rotura de varizes-55%(21), dor abdominal-32%(12), febre-11%(4), náuseas-11%(4), isquémia intestinal-5%(2), diarreia-5%(2). Aspectos imagiológicos: cavernoma da porta-11%(4/38), trombose concomitante da veia esplénica 19% (6/37) e da veia mesentérica superior-24%(9/37). Verificaram-se manifestações de HTP em 95%(38/40): Varizes esofágicas-88%(35/40), varizes gástricas-40%(16/40), varizes ecotópicas-13%(5/40), gastropatia hipertensiva-65%(26/40), hiperesplenismo-68%(21/31), ascite-68%(25/37). O estudo etiológico de TVP realizado em 35%(14/40) revelou pelo menos um factor em 93%(13/14) e ≥ 2 factores protromboticos em 43%(6/14) doentes estudados. Anticoagulação foi efectuada em 18%(7/38) com recanalização da porta em 71%(5/7) doentes. Houve resolução espontânea de TVP em dois doentes. No seguimento com mediana de 59,7 meses (0-579), registaram-se complicações em 95%(37/39) doentes: Rotura de varizes-72%(27/38), ascite-63%(24/38), hiperesplenismo-46%(15/36), colestase-11%(4/36). A sobrevida foi de 58%(23/40) sendo a maioria dos óbitos 53%(9/17) relacionados com intercorrências infecciosas.

Conclusões: A TVP na CH associa-se a doença hepática avançada. As complicações relacionadas com HTP e dor abdominal são manifestações frequentes. A elevada mortalidade a longo prazo deveu-se maioritariamente a intercorrências infecciosas.

21

MANIFESTAÇÕES DE HIPERTENSÃO PORTAL GRAVE: SCORE NÃO INVASIVO

Autores:

Afonso M., Pinto J., Veloso R., Pinho R., Alberto L., Freitas T., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Resumo

Introdução: Em pacientes com cirrose hepática foram propostas recomendações para vigilância periódica da presença varizes do esófago. Alguns autores têm proposto "scores" não invasivos predizentes de varizes do esófago.

Objectivo: validar um "score" não invasivo de presença de varizes esofágicas em doentes sem terapêutica prévia e propor a sua aplicação na avaliação da presença de sinais vermelhos e gastropatia de hipertensão portal.

Métodos: Análise retrospectiva de 170 pacientes cirróticos que reali-

zaram endoscopia digestiva alta entre 2007 e 2010, para rastreio de varizes do esófago (quantificadas segundo Baveno III). Avaliadas 20 variáveis clínicas, laboratoriais, ecográficas e endoscópicas. Excluídos os indivíduos em tratamento com beta-bloqueantes. Análise estatística: teste de *Mann-Whitney*, χ^2 , curva ROC.

Resultados: Estudados 170 pacientes (55 mulheres). Cento e três (60,6%) tinham varizes do esófago (grau I - 26,5%, grau II - 25,9%, grau III - 8,2%; 11,8% com sinais vermelhos), 7 (4,2%) varizes esofago-gástricas e 4 pacientes varizes gástricas isoladas. Noventa e sete pacientes (57,1%) tinham gastropatia associada a hipertensão portal (HTP), sendo grave em 34,7%. A razão plaquetas/baço foi menor que 909 em 93 pacientes, verificando-se associação estatisticamente significativa com a presença de varizes do esófago ($p=0,000$; sensibilidade (S)=74,7%, especificidade (E)=76,7%, valor preditivo positivo (VPP)=82,7%, valor preditivo negativo (VPN)=66,2%, área sob curva ROC (AUC=0,84), e gastropatia associada a HTP ($p=0,000$; S=66%, E=60%, VPP=68,8%, VPN=57,1%, AUC=0,70). Quanto aos sinais de gravidade de HTP: para varizes grau II e III ($p=0,000$; S=82,7%, E=59,8%, VPP=51,6%, VPN=87%, AUC=0,78 - com VPN de 97% para varizes grau III) e para sinais vermelhos ($p=0,000$; S=85%, E=49,3%, VPP=18,2%, VPN=96%, AUC=0,77).

Conclusões: 1- Nesta população, a razão plaquetas/baço associou-se significativamente com as manifestações da hipertensão portal, bem como com os sinais de gravidade. 2- A razão plaquetas/baço elevada permitiu prever com elevada probabilidade a ausência de manifestações graves de hipertensão portal.

22

O PAPEL DA ECOGRAFIA ABDOMINAL NA PREDIÇÃO DE FIBROSE HEPÁTICA: RAZÃO PLAQUETAS/BAÇO

Autores:

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia - CHVNGaia

Resumo

Introdução: A razão plaquetas/baço (rPlt/B) foi um método inicialmente proposto para prever a presença de varizes esofágicas no doente com cirrose.

Objectivos: avaliar a relação deste cálculo analítico-ecográfico com a fibrose hepática em doentes com hepatopatia crónica.

Material e Métodos: Avaliação de doentes submetidos consecutivamente a biopsia hepática (BH). No dia da biópsia, realização de ecografia para determinação do diâmetro bipolar do baço (DBB), pelo mesmo gastroenterologista, para cálculo da rPlt/B. Gradação histológica de fibrose pela classificação de Metavir. Análise estatística: teste t-Student.

Resultados: Estudados 166 doentes, idade média de 44 anos, 72% do sexo masculino. As indicações para realizar BH foram: hepatite C cró-

nica em 39,1%; hepatite B crónica em 18,7%; esteatohepatite não alcoólica em 13,8%; alteração das transaminases em 13,2%; outros em 15%. Verificou-se fibrose significativa (Metavir \leq 3) em 15,7% dos doentes estudados. A média da rPlt/B nos doentes sem fibrose significativa (Metavir $<$ 3) foi de 2043, e nos doentes com fibrose significativa (Metavir \leq 3) de 1447, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0,005$).

Conclusões:1- No nosso estudo a razão plaquetas/baço associou-se de forma significativa com a fibrose hepática. 2- A razão plaquetas/baço poderá ser incluída em scores de predição não invasiva de fibrose.

23

VALIDAÇÃO E COMPARAÇÃO DE NOVOS MÉTODOS NÃO INVASIVOS DE PREDIÇÃO DE FIBROSE HEPÁTICA NA HEPATITE C CRÓNICA

Autores:

Veloso R., Pinto J., Afonso M., Pinho R., Leite S., Fernandes S., Silva A.P., Alberto L., Fraga J.

Instituição

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

Resumo

Introdução: A biopsia hepática mantém-se como o "gold-standard" para a avaliação da fibrose na hepatite C crónica, mas a necessidade de cursos locais que envolve e por ser um método invasivo levou ao desenvolvimento e validação local de vários métodos não invasivos de avaliação da fibrose hepática. O APRI e o Forns são dos mais validados. O FIB-4 foi desenvolvido na co-infecção VIH. O FibroQ e o FibroIndex foram desenvolvidos recentemente.

Objetivo: Validação de métodos não invasivos de predição de fibrose hepática (APRI, Forns, FIB-4, Bonacini, FibroQ e FibroIndex) em doentes com infecção crónica pelo vírus da hepatite C (VHC).

Métodos: Análise retrospectiva de 72 doentes consecutivos com infecção crónica pelo VHC que efectuaram biopsia no nosso serviço de Janeiro de 2007 a Fevereiro de 2010. O grau de fibrose foi avaliado pela escala de METAVIR, considerando-se fibrose significativa se $F>2$. Análise estatística: cálculo das áreas sob a curva ROC (AUROC) e dos valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN). Foram utilizados os "cut-offs" das publicações originais.

Resultados: Incluídos 72 doentes, 72,2% do sexo masculino, idade mediana de 43 anos. As AUROCs para os scores APRI, Forns, FIB-4, Bonacini, FibroQ e FibroIndex foram, respectivamente, de 0.77 ($p=0.007$), 0.76 ($p=0.01$), 0.82 ($p=0.001$), 0.75 ($p=0.01$), 0.78 ($p=0.006$) e 0.72 ($p=0.03$). Os VPP/VPN foram, respectivamente, de 46.2/100%, 57.1/91.3%, 91.5/100%, 0/87.9%, 25.8/100% e 50/82.6%.

Conclusões: Todos os testes não invasivos avaliados foram válidos para a população estudada. Todos eles se demonstraram úteis para excluir fibrose avançada, nomeadamente o APRI, o Forns, o FIB-4 e o FibroQ (VPNs superiores a 90%). O FIB-4 destaca-se pelo elevado VPP (91.5%), mantendo VPN de 100%.

24

GORDURA VISCERAL AVALIADA POR ECOGRAFIA: UMA IMPORTANTE ASSOCIAÇÃO COM FIBROSE HEPÁTICA

Autores:

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia - CHVNGaia

Resumo

Introdução: A obesidade tem sido apontada como factor independente de progressão de doença hepática no fígado gordo e na hepatite C crónica. A gordura visceral, medida por ecografia ou tomografia, tem-se revelado o marcador mais fiável de risco de doença associada à obesidade. O papel da GV tem vindo a ser estudado no âmbito de diversas hepatopatias crónicas embora a associação deste parâmetro com a fibrose hepática não esteja bem estabelecida.

Objetivo: avaliar a relação entre a gordura visceral avaliada ecograficamente e a fibrose hepática em doentes com hepatopatia crónica.

Material e Métodos: avaliação de doentes submetidos consecutivamente a biopsia hepática (BH), com determinação no mesmo dia, pelo mesmo observador, da gordura visceral medida por ecografia. Avaliação da GV com sonda multifrequência, 1 cm acima da cicatriz umbilical. Gradação histológica de fibrose pela classificação de Metavir. Análise estatística: t-Student.

Resultados: Estudados 176 doentes, idade média de 44 anos, 70% do sexo masculino. As indicações para realizar BH foram: hepatite C crónica em 39,2%; hepatite B crónica em 17,6%; esteatohepatite não alcoólica em 14,2%; alteração das transaminases em 14,2%; outros em 14,7%. Verificou-se fibrose significativa (Metavir \geq 3) em 14,7% dos doentes estudados. Os valores médios de gordura visceral foram de 30,8 cm nos doentes com fibrose <3 , e 43,7 cm nos doentes com fibrose significativa. Esta diferença atingiu significado estatístico ($p<0,001$).

Conclusões:1- Neste estudo, a gordura visceral foi significativamente superior em doentes com fibrose hepática avançada. 2- O estudo sugere que a gordura visceral poderá ser um factor importante na progressão da fibrose hepática.

COMUNICAÇÕES ORAIS IV
10 Junho, 2010
15h00 - 16h30
Sala Lyra

25

ANÁLISE MULTICÊNTRICA NACIONAL DO CANCRO ESOFÁGICO

Autores:

Ramos R., Caldeira P., Cremers I., Curado A., Vieira A.I., Pedrosa J.

Instituição

Grupo de Estudo Base de Dados NCGHD

Resumo

A realidade nacional relativa ao cancro do esófago não é de todo conhecida.

Objectivo: analisar e descrever a realidade nacional no que concerne ao tumor do esófago diagnosticado por endoscopia em 18 centros de Portugal, contribuindo para o conhecimento desta entidade

Material e Métodos: estudo multicêntrico, retrospectivo, do número de tumores do esófago registados numa base de dados de âmbito nacional, entre 1996 e 2008. Participaram 18 centros, incluindo 275.199 EDA.

Resultados: Identificadas 1580 neoplasias do esófago (prevalência: 0,6%), 82,3 % eram do sexo masculino. Idade média: 62,3±16,4 anos. A disfagia foi o motivo em 81,2% dos casos. Em 41,7% localizado no 1/3 inferior e 15,6% no 1/3 superior. A histologia foi em 45,9% tumores epidermóides e em 31,5% adenocarcinomas. O número de tumores do esófago tem crescido progressivamente ao longo dos anos a que reporta este estudo, com predomínio dos tumores epidermóides.

Regional:

	Prevalência (%)	Idade média (anos)	Sexo masculino (%)	Disfagia (%)	Adenocarcinoma/epidermóide (%)
Norte	0,6	63,2	66,2	55,9	56,6 / 39,6
Centro	0,5	67,4	60,0	64,1	41,8 / 53,2
Sul	0,6	61,5	55,0	73,4	33,5 / 60,3

Conclusões: Predomínio do sexo masculino, idade média do diagnóstico > dos 60 anos. A disfagia é o principal motivo para realização do exame. A localização preferencial é o 1/3 inferior. Predomínio dos tumores epidermóides. Da avaliação regional, maior incidência a norte, aumento dos tumores epidermóides de norte para sul. Estudo BDNGHD, elaborado com patrocínio do NCGHD.

26**A GORDURA VISCERAL AVALIADA POR ECOGRAFIA NA DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON****Autores:**

Afonso M., Pinto J., Veloso R., Fernandes S., Pinho R., Alberto L., Rodrigues A., Proença L., Freitas T., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Resumo

Introdução: Estudos recentes indicam a doença diverticular do cólon (DDC) como uma doença inflamatória. Em estudos prévios verificou-

se associação de DDC com a obesidade.

Objectivo: 1- estudar a gordura visceral e os parâmetros de obesidade na DDC. 2- analisar o consumo de gorduras na DDC.

Doentes e Métodos: Estudo em indivíduos não seleccionados submetidos a rastreio de cancro do cólon por colonoscopia esquerda, durante 1 ano. Realizado inquérito de frequência alimentar por nutricionista. Avaliadas variáveis antropométricas e massa gorda por impedância. A gordura visceral (GV) e gordura subcutânea (GS) foram avaliadas por ecografia pelo mesmo gastroenterologista. Estatística: *Chi-quadrado*, *Teste T*, *odds-ratio* (OR), risco relativo (RR).

Resultados: Incluídos 305 indivíduos, 46,9% do sexo feminino, idade média 60±6,6 anos. Compararam-se o indivíduos com DDC (n=64 - 21%) com indivíduos sem DDC. Verificou-se diferença significativa para a idade (p=0,000), gordura visceral (p=0,003), perímetro de cinta (p=0,007), perímetro de anca (p=0,037), consumo de gordura total (p=0,017) e monoinsaturada (p=0,003). A probabilidade de ocorrência de DDC foi maior no 3º tercil de idade (OR 3,1, IC95% 1,5-6,5 e RR 2,5, IC95% 1,3-4,5), de gordura visceral (OR 2,3, IC95% 1,02-5,2 e RR 1,9, IC95% 1,0-3,7) e de consumo de gordura total (OR 4,1, IC95% 1,1-14,6 e RR 3, IC95% 1,0-8,3) em relação ao 1º tercil. Não houve diferença significativa para o sexo, IMC, GS, massa gorda (total e %), consumo de fibras, álcool e cafeína.

Conclusões: 1. A gordura visceral foi factor de risco para a ocorrência de DDC. 2. A ingestão de gordura alimentar relacionou-se positivamente com a DDC.

27**PRÓTESES PLÁSTICAS AUTO-EXPANSÍVEIS TRAQUEO-BRÔNQUICAS NO TRATAMENTO DE ESTENOSES BENIGNAS REFRACTÁRIAS DA HIPOFARINGE - RESULTADOS INICIAIS****Autores:**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

Resumo

Introdução: As estenoses refractárias da hipofaringe são uma complicação grave após cirurgia e radioterapia por neoplasia da laringe. O seu tratamento é difícil, obrigando frequentemente a múltiplas dilatações e à colocação de sondas de nutrição entérica. Apenas um estudo publicado refere a utilização de uma prótese metálica modificada nesta indicação, mas com resultados limitados pela necessidade de se efectuar a sua troca periódica.

Objectivo: Avaliar a eficácia e a segurança da utilização de próteses plásticas auto-expansíveis traqueo-brônquicas Polyflex™ (PPTB) no tratamento de estenoses refractárias da hipofaringe.

Materiais e Métodos: Foram incluídos três doentes com disfagia para semi-sólidos com uma média de idades de 59,3 anos. Todos os doentes tinham sido previamente submetidos a múltiplas sessões de dilatação (média: 9),

efectuadas com um intervalo de 2-4 semanas e durante um período médio de 14 meses. Foi atingido um diâmetro máximo de 13-mm em dois doentes e de 15-mm num doente, observando-se recorrência posterior sucessiva da estenose para um diâmetro de 7-mm e 8-mm, respectivamente.

Resultados: Foram introduzidas cinco PPTB com 14 e 16-mm de diâmetro e 4 a 7-cm de comprimento. Um balão TTS de 10-mm de diâmetro foi utilizado para obviar à ausência de um sistema de introdução sobre fio-guia. Num dos doentes observou-se migração proximal e noutro o aparecimento de uma fístula adjacente à extremidade distal da prótese, tendo em ambos os casos sido introduzida uma prótese mais longa. Todos os doentes tiveram uma melhoria da disfagia para sólidos e semi-sólidos que se manteve durante o período de seguimento.

Conclusões: A introdução de PPTB parece constituir uma forma eficaz de aliviar a disfagia em doentes com estenoses refractárias da hipofaringe, evitando a necessidade de dilatações periódicas e a colocação de sondas entéricas. A incidência de complicações poderá ser reduzida pela utilização preferencial de próteses mais longas.

28

ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LESÕES QUIÍSTICAS DO PÂNCREAS

Autores:

Fidalgo C.¹, Faias S.¹, Fonseca R.², Mendonça E.², Dias-Pereira A.¹

Instituição

Serviço de Gastroenterologia¹ e Serviço de Anatomia Patológica² Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Lisboa

Resumo

Introdução: O diagnóstico diferencial (DD) dos quistos pancreáticos (QP) foi melhorado com a utilização da ecoendoscopia com punção (EUS-FNA).

Objectivo: Avaliar a acuidade das características endosonográficas, citologia, doseamento de marcadores tumorais (MT) e amilase no DD dos QP.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de 55 doentes consecutivos com QP referenciados para EUS-FNA de Jan/06-Dez/08. Confrontação das características das lesões (septos, nódulos ou adenopatias), do líquido aspirado (amilase, CEA, CA 19.9 e CA 72.4) e citologia, com o diagnóstico definitivo (peça operatória ou citologia conclusiva com follow-up clínico).

Resultados: 55 doentes (19H/36M), idade média=62 anos (18-85), 58% assintomáticos. Punção não efectuada em 6/55. MT/amilase não quantificados em 8/49. Dimensão média=29±22mm (7-120). Localização: cabeça (n=23); corpo (n=17); cauda (n=11); não especificado (n=4). Endosonografia suspeita em 40% (21/54). Punção em 49/55 QP, com obtenção de células em 35% (17/49) e mucina/células atípicas ou neoplásicas em 14/49 (29%). Análise do líquido: CEA>192=31% (13/42); CA19.9 >50000=20% (8/41); CA 72.4>7=31% (10/37); os 3 MT MENOR QUE cutoff=56% (23/41). 18/49 quistos com diagnóstico definitivo, constituíram

o grupo controlo: benignos=4 (linfangioma-2, cistadenoma seroso-1, pseudoquisto-1); mucinosos/malignos=12 (cistadenocarcinoma-5, IPMN-5, cistadenoma mucinoso-2) e neuroendócrinos=2. Sensibilidade (SEN), especificidade (ESP), valor predictivo positivo e negativo (VPP e VPN) para diagnóstico de quistos mucinosos/malignos foram calculados: Morfologia ecoendoscópica - 64%, 75%, 88% e 43%; CEA>192 - 80%, 100%, 100% e 50%; CA19.9>50000 - 30%, 100%, 100% e 22%; CA72.4>7 - 63%, 100%, 100% e 40%; Os 3 MT < cutoff=56% (23/41). 18/49 quistos com diagnóstico definitivo, constituíram o grupo controlo: benignos=4 (linfangioma-2, cistadenoma seroso-1, pseudoquisto-1); mucinosos/malignos=12 (cistadenocarcinoma-5, IPMN-5, cistadenoma mucinoso-2) e neuroendócrinos=2. Sensibilidade (SEN), especificidade (ESP), valor predictivo positivo e negativo (VPP e VPN) para diagnóstico de quistos mucinosos/malignos foram calculados: Morfologia ecoendoscópica - 64%, 75%, 88% e 43%; CEA>192 - 80%, 100% e 50%; CA19.9>50000 - 30%, 100%, 100% e 22%; CA72.4>7 - 63%, 100%, 100% e 40%; Os 3 MT < cutoff: 100%, 100%, 100% e 100%. Lesões neuroendócrinas excluídas da análise.

Conclusões: A EUS-FNA com exame citoquímico do líquido tem limitações no DD dos QP. Na nossa série, os melhores resultados foram obtidos com a citologia (100% de concordância com a peça cirúrgica), com obtenção de células em apenas 35% dos casos e também quando os 3 MT < cutoff (100% de VPN), doseamento possível em 84% dos casos.

29

DILATAÇÃO PAPILAR COM BALÃO, APÓS ESFINCTEROTOMIA, NO TRATAMENTO DA LITÍASE DA VIA BILIAR

Autores:

Moutinho-Ribeiro P., Pinto Correia A., Rebelo A., Cotter J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

Resumo

Introdução: A dilatação papilar com balão (DPB) de grandes dimensões após a realização de esfínterectomia biliar (ETE) para a remoção de cálculos volumosos ou difíceis da via biliar principal (VBP) tem sido utilizada desde a sua descrição em 2003. Este procedimento combina vantagens da ETE e da DPB ao aumentar a eficácia da extracção de cálculos e ao minimizar complicações quer da ETE, quer da DPB efectuada isoladamente.

Objectivo: Avaliar a eficácia e segurança da DPB após ETE na remoção de cálculos difíceis da VBP.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de doentes consecutivos submetidos à técnica descrita no período de Março de 2009 a Março de 2010. Avaliou-se a eficácia do procedimento e as complicações associadas.

Resultados: Efectuaram-se 16 procedimentos em 16 doentes com ida-

de média de 63 anos, 13 do sexo feminino (81%) e 13 do sexo masculino (19%). Dez doentes (63%) foram submetidos a ETE seguida de DPB, 2 (12%) a alargamento de ETE prévia e DPB e 4 (25%) apenas a DPB, pois apresentavam ETE prévia de dimensões adequadas. Em 3 doentes constatou-se cálculo único na VBP (19%) e em 13 litíase múltipla (81%). O tamanho médio dos cálculos era de 17mm. Efectuaram-se 4 dilatações até 12mm (25%), 4 até 13,5 mm (25%) e 8 até 15mm (50%). Foi conseguida a extracção completa de cálculos em 12 doentes (75%) e parcial em 3 (19%). Insucesso em 1 caso (6%).

As complicações agudas imediatas foram hemorragia pós-dilatação autolimitada em 4 doentes (25%), não se tendo verificado nenhuma complicação aguda tardia.

Conclusões: A DPB após ETE é uma técnica, segura e altamente eficaz, devendo ser actualmente considerada na abordagem de cálculos de difícil remoção da VBP.

30 TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA COM VÁCUO DA DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSES COLORECTAIS - RESULTADOS INICIAIS

Autores:

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

Resumo

Introdução: A deiscência de anastomoses colorectais é uma complicação cirúrgica major e uma causa importante de morbilidade e mortalidade pós-operatória. Com tratamento conservador a cicatrização é geralmente lenta ou não conseguida e a maioria dos doentes acaba com uma colostomia terminal. A terapêutica endoscópica com vácuo é uma técnica inovadora que permite uma drenagem contínua e eficaz do abcesso peri-anastomótico, estimulando a formação de tecido de granulação e reduzindo o tamanho da cavidade.

Objectivo e Métodos: Com o objectivo de avaliar a eficácia e segurança desta técnica, estudamos prospectivamente entre Julho de 2009 e Março de 2010 uma série consecutiva de três doentes com deiscências da anastomose pós-resseção anterior do recto que foram submetidos a terapêutica endoscópica com vácuo através da aplicação de EndoSPONGE®. O princípio básico desta técnica consiste num desbridamento inicial seguido da introdução de uma esponja de poliuretano na cavidade através de um endoscópio. Um tubo de drenagem conectado à esponja é depois deixado por via transanal e conectado a um sistema de drenagem de baixa pressão - Redyrob®. Endoscopias de seguimento com desbridamento adicional e troca do sistema são efectuadas cada 48-72h.

Resultados: A terapêutica endoscópica com vácuo foi eficaz no alívio dos sintomas e na cicatrização da cavidade em todos os doentes, sem complicações. A deiscência variou entre 20 a 60% da anastomose e o maior diâmetro das cavidades era de 8.7, 5.3 e 4.3cm. Dois doentes necessitaram da colocação simultânea de duas esponjas para preenchimento da cavidade. A duração média da drenagem foi de 45.3 dias, com uma média de 19.7 troca de esponjas.

Conclusões: A terapêutica endoluminal com vácuo parece ser uma técnica eficaz, segura e bem tolerada no tratamento de deiscências de anastomoses colorectais, mesmo naquelas de grandes dimensões, aliviando os sintomas, acelerando a cicatrização e evitando a reintervenção cirúrgica.

31 APLICABILIDADE DA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA NA HEMORRAGIA POR ROTURA DE VARIZES DUODENAIIS/JEJUNAIIS

Autores:

Ladeira N., Almeida N., Amaro P., Gregório C., Ferreira R., Sousa HT., Ferreira M., Gouveia H., Romãozinho JM., Sofia C.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia dos H.U.C.

Resumo

Introdução: A hemorragia desencadeada por rotura de varizes duodenais/jejunais(HRVD) constitui uma causa extremamente rara de hemorragia digestiva, sendo a sua abordagem terapêutica um desafio.

Objectivo: Avaliar as características clínicas, de diagnóstico, a eficácia da terapêutica endoscópica e a evolução observada em doentes internados por HRVD.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo baseado na análise dos registos clínicos relativos a 8 casos consecutivos, ocorridos num período de 38 meses (10/2006-12/2009).

Resultados: Incluídos 7 homens (1 doente apresentou 2 episódios, com 6 semanas de intervalo, após obliteração aparente da variz inicial), com idade média de 52,5±13,5 anos; doença hepática crónica presente em 42,9%(3/7), com valor médio de MELD-20,3±8,3, todos portadores de varizes esofágicas (VE); laqueação elástica (LE) prévia de VE em 28,6%(2/7); cirurgia intra-abdominal prévia em 57,1%(4/7). Valor médio de hemoglobina na admissão - 7,2±1,2 g/dL; INR médio-1,5±0,4. Realizada terapêutica vasoactiva (octreótido/terlipressina) em 62,5%; suporte transfusional com 4,8±3,3 U.l. de GVs e 1,4±1,2 U.l. de plasma fresco. Localização das varizes: D2-62,5%(5/8); Ansa jejunal-25%(2/8); Bolbo-12,5%. Visualizado o ponto de rotura em 75% dos casos. Efectuada injeção de cianoacrilato em todos os doentes, (média de 1,3 cc/doente), associado a LA em 50% (em 3 casos por falência do cianoacrilato e no 4º caso como primeira opção) e injeção de álcool absoluto em 25% dos casos. Dois casos de recidiva hemorrágica autolimitada. Sem óbitos registados e sem evidência de complicações.

Conclusões: A HDRV é uma entidade rara, geralmente associada a cirrose hepática ou cirurgia intestinal prévia, mais comum no sexo masculino e que geralmente condiciona rebote hemodinâmico. Contudo, a terapêutica endoscópica, com recurso ao cianoacrilato e/ou à LE, assume-se como uma opção válida nestes doentes, apresentando uma grande eficácia terapêutica e taxas de falência/complicações diminutas.

32

ANTICORPOS ANTI-SACCHAROMYCES CEREVISIAE COMO INDICADORES DE PROGNÓSTICO NA DOENÇA DE CROHN

Autores:

Rodrigues C.¹, Folgado Alberto S.¹, Ricardo L.¹, Franco M.², Martins A.¹, Félix J.¹, Pires E.¹, Sousa G.², Ramos de Deus J.¹

Instituição

Serviço de Gastroenterologia² e Patologia Clínica² do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE

Resumo

Introdução: Os anticorpos Anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) são marcadores serológicos relativamente específicos da Doença de Crohn (DC), podendo ser úteis no diagnóstico e eventualmente na estratificação prognóstica.

Objectivo: Determinar a associação dos ASCA com as características fenotípicas e prognósticas da DC.

Material e Métodos: Foram incluídos 206 doentes com DC, 95 homens e 111 mulheres, para os quais se avaliou a localização e o comportamento da doença e a necessidade de corticoterapia, imunossupressão e/ou terapêutica biológica, de internamento hospitalar e de cirurgia. Foi determinada a serologia ASCA IgG sérica pelo método ELISA (IBDX® ELISA kits; GlyCochip®), considerando se seropositividade para valores > 1/100. A análise estatística dos dados foi efectuada com o software SPSS 17.0 (teste de Chi2).

Resultados: De acordo com a Classificação de Montreal, identificaram-se 7 doentes A1 (3,4%), 127 A2 (61,7%) e 72 A3 (35,0%); 98 doentes L1 (47,6%), 31 L2 (15,0%), 75 L3 (36,4%) e 23 L4 (11,2%); 22 doentes B1 (59,2%), 43 B2 (20,9%) e 41 B3 (19,9%). Doença perianal estava presente em 58 doentes (28,2%).

Cento e doze doentes (54,4%) necessitaram de pelo menos um ciclo de corticoterapia, 64 (31,1%) de terapêutica com Azatioprina e 28 (13,6%) de terapêutica biológica. Oitenta e um doentes (39,3%) tiveram pelo menos um internamento hospitalar e 69 (33,5%) foram submetidos a cirurgia. ASCA positivos em 104 doentes (50,5%). A seropositividade associou-se de forma estatisticamente significativa com doença ileal (46% vs 26%, p=0,01), comportamento fibrostenosante ou penetrante (28% vs 13%, p<0,0001) e necessidade de imunossupressão (19% vs 12%, p=0,044), de internamento (24% vs 16%, p=0,021) e de cirurgia (22% vs 11%, p=0,001).

Conclusões: De acordo com a nossa série os doentes com DC ASCA positivos têm atingimento ileal preferencial, uma maior necessidade de imunossupressão e um curso de doença mais desfavorável. Estes aspectos poderão ser relevantes na decisão terapêutica.

COMUNICAÇÕES ORAIS V
11 Junho, 2010
8h30 - 10h30
Sala Fénix II

33

TUMORES DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DO INTESTINO DELGADO: DIAGNÓSTICO POR ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO (EDB)

Autores:

Serrano M.¹, Mão de Ferro S.¹, Ribeiro S.¹, Silva R.¹, Ferreira S.¹, Chaves P.², Dias Pereira A.¹

Instituição

¹Serviço de Gastroenterologia, ²Serviço de Anatomia Patológica Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.

Resumo

Introdução: Os GIST do intestino delgado correspondem a cerca de 35% da totalidade destas neoplasias e manifestam-se, geralmente, por hemorragia digestiva. O desenvolvimento das novas técnicas de avaliação do intestino delgado veio revolucionar o diagnóstico desta patologia.

Objectivo: a) avaliar a prevalência de casos de GIST entre os doentes submetidos a EDB na nossa instituição; b) efectuar a caracterização dos casos.

Doentes e Métodos: Entre Out./2007 e Fev./2010 efectuaram-se na nossa instituição 126 EDB's a 102 doentes, tendo sido diagnosticados 5 casos de GIST (4 mulheres; média idades 62,6 ± 9,2 anos). Todos os doentes foram referenciados por hemorragia digestiva obscura e tinham sido previamente submetidos a enteroscopia por cápsula que revelou: suspeita de lesões submucosas (2), angiectasias (1), sem lesões (2). EDB's efectuadas por via anterograda e sob sedação profunda com propofol.

Resultados: Em todos os doentes foram detectadas lesões submucosas ulceradas: a) localização: 4 jejuno proximal, 1 ileon proximal; b) dimensões: 3 a 5 cm (média 3,6 ± 0,89 cm); c) histologia: 2 GIST, 3 insuficiente para avaliação de patologia da submucosa. Todas as lesões foram tatuadas com tinta da China. Os exames decorreram sem complicações. Os 5 doentes foram submetidos a ressecção segmentar de intestino delgado (todos com o diagnóstico de GIST na peça operatória), com resolução da sintomatologia.

Conclusões:

- 1) A EDB permite o diagnóstico de GIST do delgado e marcação do local para posterior cirurgia;
- 2) A colheita de material durante a EDB é frequentemente insuficiente para o diagnóstico de uma lesão submucosa;
- 3) Uma enteroscopia por cápsula sem evidência de lesões não permite a exclusão de neoplasias do intestino delgado.

34**AValiação DA ACTIVIDADE DA DOENÇA NA COLITE ULCEROSA: PERSPECTIVA DO DOENTE OU DO MÉDICO?****Autores:**

Duque G., Portela F., Freire P., Ferreira M., Andrade P., Sofia C..

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: Embora a determinação da actividade da Colite Ulcerosa (CU) provenha mormente da informação fornecida pelos doentes, complexos processos estão envolvidos na audição e interpretação desses dados e na sua integração com os exames complementares. Estudos demonstram que cerca de 1/2 dos gastroenterologistas não questionam os seus doentes sobre o impacto da doença na sua vida psico-social, da mesma forma que estes últimos não abordam esse tema com os seus médicos.

Objectivo: Avaliar a actividade da CU, comparando a perspectiva do médico/doente.

Métodos: Estudo prospectivo, englobando 33 doentes com CU observados consecutivamente em consulta. Foi aplicado o questionário do Grupo de Trabalho de Lyon (questionário que avalia 3 áreas: clínica, aspectos da vida afectados negativamente e escala visual relativa ao estado de saúde quantificável 1-10). O gastroenterologista classificou a actividade da doença em remissão, ligeira, moderada, severa.

Resultados: 33 Doentes, idade média $39 \pm 11,5$ anos, 24 sexo feminino (72,7%). Avaliação médica da actividade da doença: remissão -54,5%, ligeira-24,3%, moderada -21,2%. Ocorreu concordância completa em relação ao parâmetro da clínica nos doentes em remissão em 5 doentes (27,8%), desvio mínimo em 11 (61,1%) e desvio grosseiro em 2 (11,1%). Neste mesmo grupo de doentes, 8 (44,5%) referiram aspectos da vida afectados negativamente (AVAN) (média 2,7 aspectos mencionados). Dos 8 doentes classificados com possuindo actividade ligeira, 3 (37,5%) não mencionaram AVAN; os restantes citaram em média 3,2. Nos doentes considerados como tendo doença moderada, todos fizeram referência a AVAN. A escala visual média foi de 7,05 nos doentes classificados em remissão; 6,75 nos doentes classificados como actividade ligeira e 3,8 nos doentes classificados como actividade moderada.

Conclusões: Doentes em remissão ou com actividade ligeira, apre-

sentam em média um escala visual de bem-estar geral superior. Existem no entanto doentes considerados em remissão pelo médico nos quais a auto-avaliação aponta para um estado de doença.

35**RASTREIO DO CANCRO COLO-RECTAL COM FIBROSIGMOIDOSCOPIA DE 5/5 ANOS: ANÁLISE DE 15 ANOS****Autores:**

Fidalgo C.¹, Serrano M.¹, Pinto A.¹, Chaves P.², Lage P.², Claro I.¹, Mão-Ferro S.¹, Faías S.¹, Ferreira S.¹, Pereira-Silva J.¹, Dias-Pereira A.¹

Instituição

¹Serviço de Gastroenterologia, ²Serviço de Anatomia-Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal.

Resumo

Introdução: Fibrosigmoidoscopia(FS) de 5/5 anos é uma das opções para o rastreio do cancro colo-rectal(CCR).

Objectivos e Métodos: Analisar esta estratégia de rastreio tendo em conta: idade, género, adenomas(Ad) em FS prévias, e CCR em familiares de 2º grau. Estudo prospectivo: FS 5/5 anos, entre 1994-2007. Incluídos indivíduos assintomáticos, 50-70 anos, com risco padrão para CCR, de 1994-1997. Pólipos<5mm foram ressecados durante a FS. Doentes com pólipos>5mm, adenomas avançados(AA) ou CCR foram submetidos a colonoscopia. AA: Ad≤10mm, Ad viloso ou com displasia de alto grau ou >2 Ad, independentemente do tamanho. Indivíduos com CCR, AA ou idade>75 anos excluídos do programa.

Resultados: 1935 indivíduos inscreveram-se no rastreio, de Fev94 a Fev97. Excluímos 253. Adesão à 1ªFS foi 80.3%(1335/1686), idade média(IM) 60.4 anos, sem diferença entre géneros. Prevalência de CCR foi 0.47%(8/1686). Prevalência de AA e Ad maior nos homens (2.54%vs0.95%-p=0.01 e 8.31%vs4.57%-p=0.002, respectivamente). Passados 5 anos, tentámos contactar 1224 indivíduos para 2ªFS. 50 foram perdidos e 94 excluídos. IM foi 65.1 anos. Adesão maior nos homens(82.2%vs76.6%-p=0.02). CCR de intervalo em 0.27%(4/1084). 2ªFS não revelou CCR. Prevalência de AA(2.14%vs1.14%-p=NS) e Ad(8.13%vs3.58%-p=0.002) maior nos homens. Ad na 1ªFS associou-se a maior prevalência de AA(4.83%vs1.37%-p=0.02) e Ad(12.9%vs5.10%-p=0.03). 5 anos após, tentámos contactar 659 indivíduos para 3ªFS. IM foi 67.2 anos. Adesão maior nos homens (89.6%vs81.8%-p=0.009). Diagnosticado um caso de CCR com Ad na 1ªFS. Prevalência de AA e Ad foi 0.87%(5/570) e 8.24%(47/570), respectivamente, sendo inferior nos homens. Ad na 1ª e 2ªFS associou-se a maior prevalência de Ad na 3ªFS(17.3%vs7.3%-p=0.01). CCR em familiares de 2º grau não influenciou resultados.

Conclusões: Adesão elevada, principalmente nos homens. IM foi elevada. Prevalência de AA e Ad na 2ªFS inferior nas mulheres, excepto se 1ªFS revelara Ad. Prevalência de AA na 3ªFS foi baixa, independentemente do género ou presença de Ad nas FS prévias, com IM>70 anos.

36

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA:
18 ANOS DE ACTIVIDADE****Autores:**Ladeira N., Romãozinho J.M., Ferreira M., Amaro P., Sofia C.**Instituição**

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

Resumo**Introdução:** É escassa a literatura sobre a actividade de Unidades de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia (UCIGE).**Objectivo:** Caracterizar a actividade numa UCIGE.**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos internamentos registados na UCIGE entre 03/1992 e 02/2010.**Resultados:** Registaram-se 4287 internamentos, correspondentes a 3953 doentes, com relação M/F de 2,28/1, média de idades de 58,3 anos (8-101) e duração média de internamento de 4,56 dias. *Motivos de internamento:* hemorragia digestiva alta (HDA) - 73,9%, pancreatite aguda (PA) - 8,3%, encefalopatia porto-sistémica (EPS) - 3%, falência hepática fulminante (FHF) - 2,1%, outros - 12,7%. *Etiologia dos principais motivos de internamento:* HDA (n = 3169): varizes esofágicas (VE) - 36%, úlcera duodenal (UD) - 24,4%, úlcera gástrica (UG) - 17,5%, varizes gástricas (VG) - 7,2%, lesão de Dieulafoy (LD) - 3,6%, síndrome Mallory Weiss - 2,6%, neoplasia - 1,4%, outras - 7,3%. PA (n = 356): litiásica - 43,3%, etílica - 24,4%, indeterminada - 15,5%, dislipidémia - 7,6%, iatrogénica - 5,3%, medicamentosa - 1,4%, outras - 2,5%. FHF (n = 89): tóxica - 39,3%, indeterminada - 24,7%, vírica - 19,1%, outras - 16,9%. *Referenciação a cirurgia:* global - 11,5% (FHF-53%, PA-16%, HDA-8,0%). *Taxa de reinternamento:* global - 7,9% (HDA- 8,4%, PA - 5,3%). *Mortalidade:* global - 11,4%; HDA-8,5% (VE-14,8%, VG-11,3%, LD-7,9%, UG-4,1%, UD-2,6%, outras-3,1%); PA - 19,1% (indeterminada-32,7%, litiásica-15,2%; etílica-9,2%, dislipidémia-7,4%); EPS-37,9%; FHF-28,1%.**Conclusões:** 1) Predomínio de doentes do sexo masculino; 2) Cerca de 3/4 dos internamentos por HDA, principalmente rotura de varizes (43,2%) e úlcera péptica (41,9%); 3) Preponderância da litíase biliar como causa de PA; 4) Etiologia tóxica (medicamentosa e outras) como principal causa de FHF; 5) Formas mais graves de mortalidade associadas à EPS, FHF, PA e à rotura de varizes no que concerne à hemorragia digestiva; 6) Taxa de mortalidade de úlcera péptica sangrante de apenas 3,2%.

37

**DIFERENTES TERAPÊUTICAS IMUNOMODULADORES CONDICIONARAM
DIFERENTES EVENTOS CIRÚRGICOS****Autores:**Rodrigues S., Magro F., Ribeiro O., Lopes S., Costa Pereira A., Macedo G.**Instituição**

Hospital São João - Porto

Resumo**Introdução:** Pretende-se actualmente alterar a história natural da doença de Crohn (DC) com atitudes médicas de imunomodulação mais agressivas. O objectivo deste trabalho foi comparar três grupos de doentes tratados com diferentes estratégias imunomoduladoras e avaliar o percurso temporal de eventos cirúrgicos.**Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes com DC sob terapêutica imunomoduladora com azatioprina (AZA) e infliximab (IFX). Foram estratificados de acordo com a terapêutica instituída: monoterapia com AZA ou IFX (naíves à azatioprina) e terapêutica combinada (AZA+IFX).**Resultados:** A população foi constituída por 281 doentes (AZA- 189, IFX- 21, IFX+AZA-71). O grupo tratado em monoterapia com AZA apresentava uma taxa de cirurgia prévia superior (p=0,004). Em análise de sobrevivência (curvas de Kaplan-Meier) foi constatado que o tempo médio para a cirurgia foi de 128 meses (IC 95%: 106-151) para os doentes tratados em monoterapia com azatioprina e de 71 meses para os que efectuaram terapêutica combinada (IC 95%: 57-85) (p=0.015). As taxas de cirurgia entre os grupos foram estatisticamente significativas (p=0.033), AZA em monoterapia 17,2%, IFX em monoterapia e AZA naíves 0% e terapêutica combinada 7,3%.**Conclusões:** Os resultados sugerem que a introdução de Infliximab poderá condicionar a história natural da doença, diminuindo o número de cirurgias.

38

RELEVÂNCIA DA AZATIOPRINA NA DOENÇA DE CROHN LUMINAL**Autores:**Rodrigues S., Magro F., Ribeiro O., Lopes S., Costa Pereira A., Macedo G.**Instituição**

Hospital São João Porto

Resumo**Introdução:** O aparecimento da terapêutica biológica questionou o relevo até agora atribuído à imunossupressão. O objectivo foi avaliar a eficácia temporal da azatioprina (AZA) no tratamento da doença de Crohn luminal.**Métodos:** Os doentes foram estratificados de acordo com a Classificação de Montreal, indicação de imunossupressão e evolução clínica - análise de sobrevivência desde o início de AZA até internamento, cirurgia e necessidade de efectuar infliximab (IFX).**Resultados:** 260 doentes com DC luminal foram imunossuprimidos: 189 em monoterapia com AZA e 71 com terapêutica combinada (Infliximab associado à AZA). A mediana de idades ao diagnóstico foi 25 anos [20-

33). Setenta e sete por cento foi imunossuprimido por corticoddependência e 20% por profilaxia de recorrência pós-cirúrgica, com dose média de AZA de 2,08 mg/Kg. Remissão livre de corticosteróides foi obtida em 30% da população tratada por corticoddependência e em 68% dos tratados com AZA após cirurgia. Quinze por cento dos doentes interrompeu o fármaco por intolerância/ reacções adversas. Em análise de sobrevivência [curvas de Kaplan-Meier] foi constatado que o tempo médio para o primeiro internamento dos doentes tratados com AZA foi de 123 meses (IC 95%: 106-141), para a cirurgia de 196 meses (IC 95%: 182-210) e para a necessidade de efectuar Influximab de 148 meses (IC 95%: 125-170). Em relação à cirurgia constatou-se que aqueles que persistiram em monoterapia tiveram um tempo médio até à cirurgia de 183 meses (IC 95%: 162-204), estatisticamente superior ($p=0.018$) comparando com os que efectuaram concomitantemente terapêutica biológica (154 meses (IC 95%: 144-163)). No grupo em monoterapia 17% necessitou de pelo menos uma intervenção cirúrgica em contraste com os 7% no grupo que teve necessidade de efectuar terapêutica combinada ($P=0.05$).

Conclusões: AZA associou-se a elevado número de reacções adversas e a maioria tratados necessita de outras intervenções terapêuticas médico/cirúrgicas. Terapêutica combinada com Influximab reduziu a taxa de cirurgia.

39

SERÁ A ENDOSCOPIA DE REVISÃO DISPENSÁVEL EM CONTEXTO DE ÚLCERA PÉPTICA SANGRANTE?

Autores:

Duque G., Amaro P., Ferreira M., Freire P., Gradiz R., Romãozinho J.M., Gouveia H., Sofia C.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A terapêutica endoscópica é recomendada como terapêutica de primeira linha na úlcera péptica sangrante (UPS), tendo evidenciado redução da recidiva hemorrágica, necessidade cirúrgica e mortalidade. Dúvidas persistem quanto ao benefício na realização da endoscopia de revisão.

Objectivo: Avaliar os achados endoscópicos encontrados na endoscopia de revisão em contexto de UPS, nos doentes submetidos a terapêutica hemostática endoscópica e perfusão endovenosa de inibidor da bomba de prótons durante pelo menos 72 horas.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo englobando 323 doentes internados consecutivamente numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia por UPS durante o período de Maio de 2004 a Setembro de 2009. Efectuada análise demográfica, achados endoscópicos, terapêutica farmacológica, endoscópica e/ou cirúrgica instituída.

Resultados: Identificados 323 doentes, dos quais 61,6% do sexo masculino. Idade média $71,5 \pm 15,5$ anos. História de medicação prévia com

anti-inflamatórios não esteroides em 45,5% antiagregantes em 18% e anticoagulantes em 7%. A localização mais frequente da úlcera foi duodenal(58,2%), seguida gástrica(39,3%) e anastomótica(2,5%). A endoscopia digestiva alta(EDA) de urgência evidenciou, de acordo com a classificação de Forrest: Ia-5,6%, Ib-19,2%, IIa-40,2%, IIb-20,4, IIc-8,7%, III-5,9%, foi complementada com terapêutica (injecção de adrenalina 1/10000 e/ou álcool absoluto, aplicação de hemoclips ou colas) em 79,5% dos casos. Foi efectuada EDA de revisão (realizada até 48 horas após a EDA urgente) em 214 doentes, tendo a maioria revelado úlcera com manchas de hematina(42,1%) ou de fundo branco(32,7%); no entanto 6,1 % apresentavam hemorragia activa, 15,4 % vaso visível e 3,7% coágulo aderente, obrigando na maioria dos casos(22%) a novo tratamento endoscópico. Dos 214 doentes submetidos a EDA de revisão, ocorreu recidiva hemorrágica em 9,8%, tendo havido necessidade de nova intervenção endoscópica em 76,2% destes doentes.

Conclusões: Embora a endoscopia de revisão não seja preconizada, cerca de 1/4 da amostra em estudo evidenciou estigmas hemorrágicos endoscópicos major com indicação para abordagem endoscópica, apesar da terapêutica concomitante farmacológica.

40

O CRESCIMENTO E A ACTIVIDADE DA DOENÇA EM CRIANÇAS COM DOENÇA DE CROHN

Autores:

Soro I., Oliveira A., Costa S., Lima R., Trindade E., Amil J.

Instituição

Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Hospital de São João

Resumo

Introdução: Nos doentes com Doença de Crohn (DC) vários factores podem contribuir para o comprometimento do estado nutricional. Para além do processo inflamatório subjacente, que condiciona diminuição da área de absorção e maior gasto energético, há também a considerar a diminuição da ingestão alimentar nos períodos de agudização.

Objectivo: Caracterizar a evolução antropométrica dos doentes com DC seguidos na Unidade de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital São João, correlacionando com a actividade da doença.

Material e Métodos: Foi efectuada um estudo retrospectivo dos doentes com DC, tendo sido analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), peso, estatura, score de actividade Paediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI) e terapêutica médica. Estas variáveis foram recolhidas em quatro períodos: à data do diagnóstico, aos 6, 12 e 24 meses.

Resultados: Foram avaliados 33 doentes (19 sexo masculino, 14 sexo feminino) com uma idade média de 12,5 anos à data do diagnóstico. Os doentes incluídos apresentavam diferentes tempos de seguimento, pelo

que foi possível recolher os dados aos 0 e 6 meses em todos os doentes, aos 12 meses em 29 e aos 24 meses em 24 doentes.

A mediana do PCDAL aos 0, 6, 12 e 24 meses foi de 40; 5; 0 e 3,75 respectivamente. No período em que se verificou maior redução do índice de actividade (entre os 0 e 6 meses) a terapêutica instituída foi Mes-salazina em 32, Azatioprina em 25, Prednisolona em 31 e dieta poli-mérica em 4 doentes.

Relativamente aos dados antropométricos, nos quatro períodos de estudo, a mediana do z-score do IMC foi de -1.03, 0.43, 0.57, 0.20; e a mediana do z-score da estatura foi de -1.3, -1.62, -1.44 e -1.37.

Conclusões: Como seria de esperar, à diminuição da actividade da doença induzida pelo tratamento, corresponde um aumento da massa corporal, mas não se verifica igual paralelismo no crescimento. Esta verificação, em linha com outros estudos, confirma que outros factores, para além da actividade inflamatória, interferem no crescimento das crianças e adolescentes afectados pela Doença de Crohn.

COMUNICAÇÕES ORAIS VI

10 Junho, 2010

8h30 - 10h00

Sala Fénix I

41

DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE LATENTE EM DOENTES PORTADORES DE DII: COMPARAÇÃO PROSPECTIVA DA TUBERCULINA COM TESTE IGRA QUANTIFERON-TBGOLD

Autores:

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

Instituição

Hospital de S. Teotónio, E.P.E.

Resumo

Introdução: Os fármacos inibidores do factor de necrose tumoral α (anti-TNF α) têm sido utilizados cada vez com maior frequência no tratamento da DII. O TNF- α é uma citocína chave na protecção do hospedeiro contra o Mycobacterium tuberculosis (Mt), pelo que se torna fundamental o diagnóstico da tuberculose latente antes de iniciar a terapêutica com estes fármacos. Os testes IGRA (Interferon gamma release assays) foram desenvolvidos como alternativa ao teste cutâneo da tuberculina (PPD) mas o seu papel necessita de avaliação sobretudo em doentes imunocomprometidos.

Objectivo: Determinar numa população de doentes com DII, o grau de concordância do Quantiferon[®] com a tuberculina em função do estado de imunocompetência.

Material e Métodos: Foram avaliados prospectivamente 24 doentes portadores de DII, candidatos a terapêutica com anti-TNF α , todos vacinados previamente com BCG, sem história de contactos com portadores de Tuberculose e com RX do tórax normal. O Quantiferon-TBgold[®] foi realizado numa colheita de sangue periférico e registado como positivo ou negativo. O PPD (Tuberculina PPD RT 23 SSI) foi determinado com injeção de 2U.T., lido às 72h e repetido após 1 semana se negativo. Foi definido como positivo ≥ 5 mm.

Resultados: Foram registados 9 resultados positivos com PPD (37,5%) e 4 com o Quantiferon-TBgold[®] (16,7%). A concordância total foi de 70,83%, kappa=0,300. Dos 14 doentes (58,3%) imunocomprometidos, 1 (7,14%) apresentava Quantiferon-TBgold[®] positivo, enquanto outros 2 (14,28%) apresentavam PPD positivo (concordância de 78,57%, kappa=-0,105). No subgrupo imunocompetente registaram-se 7 PPD (70%) positivos e 3 (30%) Quantiferon-TBgold[®] positivos (concordância de 60%, kappa=0,310).

Conclusões: Nesta amostra de pacientes verificou-se discordância entre os dois testes em ambos os grupos, sendo mais acentuada no grupo de doentes imunocomprometidos. Ao contrário do que seria de esperar obtivemos um maior número de testes positivos com PPD do que com o Quantiferon-TBgold[®] no grupo de pacientes imunocomprometidos.

42

TUMORES DO CÓLON E RECTO - UMA REALIDADE NACIONAL

Autores:

Ramos R., Caldeira P., Cremers I., Curado A., Soares J., Vieira A.I., Pedrosa J.

Instituição

Grupo de Estudo Base de Dados NGHD

Resumo

A realidade nacional relativa ao cancro do cólon e recto (CCR) não é conhecida em todas as suas vertentes.

Objectivo: estudar as características demográficas, topográficas, forma de apresentação do CCR e evolução temporal da frequência de diagnóstico, avaliando eventuais assimetrias regionais.

Material e Métodos: estudo multicêntrico e retrospectivo envolvendo doentes com diagnóstico de CCR registados entre 1995 a 2008 numa base de dados de endoscopias de âmbito nacional. Participaram 18 centros de todo o País, agrupados em Norte (norte do Douro), Centro (entre Douro e Tejo), Sul (sul do Tejo).

Resultados: Do total de exames efectuados e registados - 237.341 foram diagnosticados 10.992 CCR (4,6%). A grande maioria das lesões (73,1%) estava no cólon esquerdo (44,5% no recto, 23,9% no sigmóide e 4,7% no descendente). As características de epidemiologia descritiva dos doentes com CCR eram semelhantes nas três regiões. A hematoquézia foi o principal motivo de realização de colonoscopia nestes doentes diagnosticando-se 3802 casos (34,6%), apenas 148 casos (1,3%), foram detectados em exames de rastreio.

Regional:

	Frequência (%)	Idade média (anos)	Sexo masculino (%)	Colon esquerdo (%)	Hematoquezias (%)
Norte	4,1	68,1	55,7	73,7	38,2
Centro	4,0	69,4	55,9	72,9	33,7
Sul	5,5	67,0	61,0	76,5	37,1

Conclusões: Cerca de 5 em cada 100 colonoscopias forneceram como resultado o diagnóstico de CCR. Foi observado um discreto predomínio do sexo masculino sendo a moda da idade de diagnóstico a 6^o década. Quase todos os casos foram diagnosticados em fase assintomática e cerca de 3/4 dos tumores estão localizados no cólon esquerdo. Estudo BDNGHD, elaborado com patrocínio do NGHHD.

43**AVALIAÇÃO DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO****Autores:**

Alvarez P., Pinto M.J., Cannas P., Bismark J., Serra D.

Instituição

Hospital da Luz

Resumo

Objectivo: Avaliação da prestação de cuidados, segurança e satisfação dos doentes, na realização de colonoscopias numa unidade de endoscopia.

Material e Métodos: Durante 2 meses não consecutivos avaliamos 9 parâmetros de qualidade na realização de colonoscopias: indicação dos exames, consentimento informado, percentagem exames com anestesia e classificação ASA, qualidade preparação, taxa de intubação cecal, tempo de retirada do aparelho, taxa de detecção de pólipos, complicações e índice satisfação dos doentes (segundo questionário aprovado pela ASGE).

Resultados: foram realizados 686 colonoscopias no período do estudo. A idade média foi de 53 anos, as principais indicações dos exames foram rastreio de cancro colo-rectal, hematoquezias e anemia. 99,9% dos doentes assinaram o consentimento informado sem informação adicional, 96% realizaram exame sob sedação com apoio anestésico, sendo 71% dos doentes ASA II.

A maior parte dos doentes apresentou boa preparação intestinal (63%) e 21% uma preparação excelente.

A taxa de entubação cecal foi de 97 %, o tempo médio de retirada do aparelho foi de 6 minutos e 20 segundos.

A taxa de detecção de pólipos foi de 29%. Durante o estudo não ocorreram perfurações, a taxa de hemorragia pós-polipectomia foi de 3%, tendo todas as situações sido resolvidas endoscopicamente.

o índice de satisfação dos doentes, avaliado segundo o questionário da sociedade americana de endoscopia (ASGE) revelou elevados índices de satisfação dos doentes, com mais de 80% dos doentes a classificarem com muito bom e excelente.

Conclusões: Este estudo permitiu aferir que a nossa unidade de endoscopia apresenta excelentes índices de qualidade na realização de colonoscopias, com elevado grau de satisfação dos doentes.

44**TERAPÊUTICA ENDOLUMINAL POR VÁCUO DE DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE COLO-RECTAL****Autores:**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Instituto Português de Oncologia do Porto

Resumo

Introdução: A deiscência da anastomose colo-rectal (DACR) é uma das principais complicações após ressecção anterior do recto (RAR), com incidência de 6-19%, e mortalidade reportada de 6-22%. Enquanto que a cirurgia está indicada nos casos com complicações sépticas generalizadas, o tratamento conservador é o procedimento habitual na inexistência de peritonite. Contudo o resultado é frequentemente insatisfatório. A terapêutica endoluminal por vácuo (TEV) surgiu recentemente como opção para estes doentes, tendo revelado resultados promissores.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de um homem de 55 anos com o diagnóstico de adenocarcinoma do recto - Dukes C, proposto para quimio/radioterapia neoadjuvante seguido de RAR. Ao 8^o dia pós-operatório inicia dor abdominal, febre, saída de pús pelo ânus e subida analítica dos parâmetros inflamatórios. Realiza TAC abdominal-pélvica que identifica uma formação abcedada pré-sagrada com 8,7x6,1x4,7cm. É efectuada uma fibroscopioscopia onde se reconhece uma deiscência de 30% da anastomose, com formação de uma cavidade para-anastomótica de grandes dimensões. Não havendo evidência de quadro séptico generalizado, decide-se realizar TEV da DACR. Durante 8 semanas, a cada 48/72h, o doente é submetido ao tratamento com Endosponge®, com remoção e colocação de nova esponja de dimensões progressivamente mais reduzidas, adaptadas a uma cavidade também de menores dimensões. Após a remoção da 24^a esponja, tendo-se observado uma cavidade residual com 12x8mm recoberta de tecido de granulação, decide-se suspender o tratamento e permitir que a cavidade cicatrize espontaneamente. No controlo endoscópico efectuado às 7 semanas, observa-se apenas um discreto recesso completamente recoberto de mucosa normal.

Discussão: Proporcionando condições favoráveis à cicatrização, com drenagem eficaz e controlo local da infecção, a TEV tem mostrado sucesso no tratamento de DACR. À semelhança do que está descrito na literatura, a técnica revelou-se segura, com boa tolerância e resultados favoráveis num *follow-up* de 8 meses. Apresenta-se um vídeo com a descrição da técnica.

45

SIGNIFICADO CLÍNICO DA CONCENTRAÇÃO DE AGHBs

Autores:

Cardoso H., Vale A.M.H., Sarmiento J.A., Pereira P., Lopes S., Ferreira R., Marques M., Ferreira F., Rodrigues S., Macedo G.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, H. São João

Resumo

As implicações clínicas da quantificação sérica do antígeno de superfície da hepatite B (AgHBs) ainda não estão esclarecidas. O objectivo deste estudo foi investigar a relação entre a sua concentração e a evolução clínica num grupo de doentes com hepatite B crónica.

Avaliamos retrospectivamente um total de 226 doentes com determinações quantitativas AgHBs durante um período de 3 anos. A idade média foi de 49±14,5 anos, 65% eram do género masculino, 11% AgHBe positivo, 47% genótipo D e 25% genótipo A. Os doentes apresentavam em 47% hepatite crónica (HC), em 15% cirrose hepática (CH), 4% tiveram hepatocarcinoma (HCC) e 37% foram considerados portadores inactivos. Durante o período do estudo 50,4% fizeram terapêutica antivírica. O doseamento AgHBs foi superior a 250 UI/mL em 80% dos doentes, inferior a 100 UI/mL em 19% e em 14 casos observou-se seroconversão AgHBs. As diferenças entre os grupos estão presentes na tabela (*= p<0,05). Observou-se ainda uma idade superior nos doentes com cirrose e HCC, com significado estatístico. A maioria dos doentes com AgHBs <100 UI/mL apresentaram uma redução progressiva das concentrações de AgHBs.

AgHBs	Idade*	ADN VHB*	HC*	CH*	HCC	Portador*	Terapêutica*
>250 UI/mL	47	6,5 log10	56%	12%	4%	31%	56%
<100 UI/mL	56	1,8 log10	7%	28%	5%	65%	23%
Seroconversão	58	não detectado	14%	29%	0	57%	22%

A maioria dos doentes apresentou concentrações de AgHBs > 250 UI/mL, o que se associou a viremia média mais elevada, maior utilização de terapêutica antivírica e menor ocorrência de cirrose. No entanto, a idade média deste grupo foi inferior e também se verificou que a ocorrência de cirrose e HCC estão associadas a idades mais elevadas. O decréscimo da concentração de AgHBs prevê a eventual seroconversão, o que pode ser um dado importante, além da viremia, que permita prever a evolução clínica e otimizar a terapêutica.

46

ASSOCIAÇÃO DOS ALELOS HLA NA PROGRESSÃO PARA FIBROSE EM DOENTES COM HEPATITE C CRÓNICA

Autores:

Leite S., Alves H.*, Silva A.P., Pinto J., Afonso M., Veloso R., Lima B.*, Dias M.*, Fernandes S., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia - CHVNGaia

Resumo

Introdução: A infecção pelo vírus da hepatite C torna-se crónica na maioria dos casos (90%). O conhecimento dos factores do hospedeiro que influenciam o curso da doença hepática pelo vírus C ainda é muito limitado. É importante identificar factores genéticos relacionados com o hospedeiro que possam prever a gravidade da doença hepática, como o Complexo Major de Histocompatibilidade Humano (HLA).

Objectivo: Estudar a associação dos alelos HLA classe I e II num grupo de doentes com Hepatite C e relacionar a fibrose hepática com factores genéticos potencialmente preditivos.

Material e Métodos: Foram estudados 93 doentes HCV, 80% sexo masculino, Determinaram-se: genótipo HCV, índice de massa corporal, tempo de infecção e consumo de álcool. Fibrose hepática avaliada segundo METAVIR, considerada significativa se ≥ 2. Realizada tipagem para HLA por métodos de Biologia Molecular (SSP). As frequências alélicas foram obtidas por contagem directa. As associações estatísticas genótipos HLA/fibrose foram determinadas por Chi2 e teste exacto de Fischer.

Resultados: Comparando doentes com um grau de fibrose 0 ou 1, com graus 2, 3 ou 4, encontraram-se frequências aumentadas nos doentes com fibrose ≥2 dos alelos HLA-A* 24 (p=0,02; RR=1,95), HLA-B* 37 (p=0,1; RR=2,35) e frequências diminuídas HLA-B* 35 (p=0,02; RR=0,19) e HLA-C* 04 (p=0,02; RR=0,33). Comparando os doentes com uma população controlo, há aparente protecção na exposição dos HLA-A* 11 (p=0,1; RR=0,53) e dos HLA-C*07 (p=0,07; RR=0,69), havendo uma frequência aumentada de doentes com HLA-B* 51 (p=0,1; RR=1,48), HLA-C*05 (p=0,07; RR=1,63) e HLA-C*08 (p=0,07; RR=1,6).

Conclusões: O estudo sugere um papel dos genótipos HLA na evolução para a fibrose em doentes com hepatite crónica C.

47

UMA NOVA PERSPECTIVA DO TRANSPLANTE HEPÁTICO SEQUENCIAL: UM FACTOR PROTECTOR DE DISFUNÇÃO DO ENXERTO E HEMORRAGIA PERI-OPERATÓRIA

Autores:

Bispo M., Marcelino P., Pinto Marques H., Perdigoto R., Martins A., Aguiar M.J., Mourão L., Barroso E.

Instituição

Unidade de Cuidados Intensivos e Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação, Hospital de Curry Cabral

Resumo

Introdução: O transplante hepático sequencial (THS) (em dominó) integra um conjunto de características próprias (condições de colheita, idade e estado clínico do dador e aspectos associados à preservação hepática) que poderão influenciar a qualidade e função inicial do enxerto. O objectivo deste estudo foi avaliar o potencial impacto do THS na função inicial do enxerto e na evolução pós-operatória precoce, em receptores com cirrose hepática.

Material e Métodos: Análise retrospectiva comparativa de 77 receptores dominó (de dadores com polineuropatia amiloidótica familiar) e 91 receptores de dador-cadáver, todos com cirrose hepática, submetidos a transplante primário electivo, pela técnica de piggyback, num período de 42 meses. Os parâmetros de evolução incluíram a disfunção do enxerto (definida segundo os critérios de Ploeg-Maring) e as complicações pós-operatórias graves na Unidade de Cuidados Intensivos (incluídas nas classes II a IV da escala de Clavien).

Resultados: Os 2 grupos de receptores apresentaram índices de gravidade pré-operatória (Child-Pugh e MELD) e índices de gravidade no pós-operatório imediato (APACHE-II e SAPS-II) semelhantes. No THS, os dadores eram mais jovens (diferença média, -13,3 anos) e o tempo de isquémia fria foi mais curto (diferença média, -56 minutos). As necessidades transfusionais intra-operatórias de UCEs e PFC foram significativamente menores no THS (diferenças médias, -1,8 e -4,8 unidades, respectivamente). A disfunção do enxerto foi mais frequente nos receptores de dador-cadáver: 18.0% versus 5.2% ($p=0,010$) e o transplante de dador-cadáver foi um factor preditivo de disfunção do enxerto na análise multivariada. A incidência de hemorragia pós-operatória foi 2,2-vezes mais elevada nos receptores de dador-cadáver. Não foram encontradas diferenças significativas nas restantes complicações analisadas (Clavien II-IV), no tempo de internamento na UCI, no tempo de ventilação mecânica ou na mortalidade.

Conclusões: O THS revelou ser um factor protector de disfunção do enxerto e hemorragia peri-operatória, duas variáveis associadas à morbilidade peri-transplante.

48

TÉCNICAS DE SUPORTE HEPÁTICO EXTRACORPORAIS - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO**Autores:**

Lima-Vieira C., Resende M., Mourão L.

Instituição

Centro hospitalar Lisboa Norte - HSM

Resumo

Introdução: As técnicas de suporte hepático têm assumido particular importância como ponte para transplante hepático face à elevada mortalidade da insuficiência hepática aguda (IHA) e à limitada disponibilidade de fígados-dadores para transplante.

Objectivo: Apresentar os resultados dos doentes com IHA submetidos à técnica de adsorção e separação de plasma fraccionado (Prometheus) numa Unidade de Cuidados Intensivos de um centro de transplante hepático (2008-2009).

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes antes e após tratamento com Prometheus, complicações e sobrevida aos 6 meses.

Resultados: 19 doentes efectuaram Prometheus, total de 52 tratamentos (4-IHA; 15- "acute on chronic liver failure") (ACLF); causas: 4- tóxicas; 6-sépsis; 7-rejeição de transplante; 2- desconhecida). 10 (53%) do sexo masculino, com (medianas): 51 anos; Child Pugh 12; MELD 29; SOFA 16; encefalopatia hepática (EH) grau I; bilirrubina total 25.3 mg/dL; 77 000 plaquetas; INR 2.3; creatinina 1.8mg/dL; pressão arterial média (MAP) 83 mmHg. A duração média das sessões foi 6 horas. Ocorreram complicações em 40% (21); 5.7 % (3) com interrupção (2- hipotensão refractária; 1- coagulação do sistema). Após tratamento: redução de MAP ≥ 20 mmHg em 31.6% (5); melhoria de EH em 15.8%; tendência para melhorarem mais o score de MELD que o Child-Pugh; redução de plaquetas em 42% (8). 10 (52%) foram transplantados num período de 9.1 dias (mediana); 50% faleceu até aos 6 meses. Dos não transplantados: 6 faleceram (66,7%), todos até ao 28º dia. Mortalidade global de 57.8%, sem diferença estatisticamente significativa entre a sobrevida dos transplantados e não transplantados (Log-rank test; $p=0.274$). 3 (15.8%) sobreviveram só com Prometheus.

Conclusões: A mortalidade na IHA foi elevada, particularmente nos primeiros 30 dias. O Prometheus foi uma técnica segura, obrigando à interrupção numa minoria de casos. Porém permanece difícil esclarecer o seu impacto na redução de mortalidade destes doentes.

SESSÃO PLENÁRIA DE COMUNICAÇÕES ORAIS
11 Junho, 2010
16h30 - 17h30
Sala Fénix II

49

MACRÓFAGOS DE PACIENTES COM IBD APRESENTAM SECREÇÃO DIMINUÍDA DE TNF-ALFA MAS SÃO CAPAZES DE INDUZIR INFLAMAÇÃO COMO RESPOSTA A INFECÇÃO BACTERIANA**Autores:**Campos, N.¹, Magro, F.², Castro, A.R.¹, Cabral, J.¹, Rodrigues, P.¹, Appelberg, R.³, Rodrigues S.⁴, Lopes, S.⁴, Macedo, G.⁴, Sarmiento, A.^{1,3}**Instituição**

1-CEBIMED, Univ.Fernando Pessoa, Porto, 2-Hospital de São João, Inst. Farmacol. Terap. /FMUP, Porto, 3-IBMC-UP,Porto, 4-Serviço de Gastroenterologia do Hospital de São João

Resumo

Defeitos na função macrofágica parecem estar implicados na fisiopatologia da doença de Crohn (DC). Assim, o objectivo deste trabalho consistiu

na avaliação da resposta à infecção bacteriana de macrófagos de indivíduos controlo (HC), de pacientes com DC ou com colite ulcerosa (CU), no respeitante à produção de citocinas e expressão de receptores de superfície.

Métodos: Macrófagos derivados de monócitos de sangue periférico foram obtidos a partir de HC, ou de pacientes com DC ou CU. A diferentes tempos da infecção por *Mycobacterium avium* subsp *paratuberculosis* (MAP), *M. avium* subsp *avium* (MA), *Escherichia coli* (EC) ou *Enterococcus faecalis* (EF), foram colhidos os sobrenadantes para determinação por ELISA de TNF-alfa, IL-12, IL-23 e IL-10. Nesses mesmos tempos foi também avaliada nos macrófagos, por citometria de fluxo, a expressão dos receptores CD-40, TLR-2, TLR-4 e HLA-DR.

Resultados: Os macrófagos obtidos de doentes com doença inflamatória intestinal (DII) secretaram menor quantidade de TNF-alfa em resposta à infecção bacteriana, quando comparados com macrófagos de HC. No entanto, macrófagos de pacientes com CU demonstraram secreção aumentada de IL-12 e macrófagos de doentes com DC apresentaram os níveis mais elevados de IL-23 em resposta a MAP. A infecção por MAP resultou numa expressão comparável de CD-40 em macrófagos de todos os grupos estudados. Porém, macrófagos infectados de pacientes com DC revelaram menor secreção de IL-10, quando comparados com macrófagos de HC ou pacientes com CU.

Conclusões: Macrófagos de pacientes com DII produzem menor quantidade de TNF-alfa após infecção bacteriana, mas são capazes de estimular a inflamação através de IL-12 e IL-23. Os macrófagos de DC produzem menor quantidade de IL-10 após infecção, o que poderá agravar a inflamação. Os nossos resultados também sugerem que a infecção de macrófagos por MAP pode contribuir para a imunopatologia observada nos pacientes com doença de Crohn.

50

PROGRESSÃO DO FÍGADO GORDO NÃO ALCÓOLICO E RESISTÊNCIA À INSULINA, A NÍVEL HEPÁTICO E MUSCULAR, EM DOENTES COM OBESIDADE MÓRBIDA

Autores:

Ferreira D.M.¹, Castro RE¹, Machado MV², Evangelista T³, Silvestre AR³, Costa A⁴, Coutinho J⁵, Carepa F⁵, Rodrigues CMP¹, Cortez-Pinto H²

Instituição

¹Med.UL, FFUL, ²Dpt. Gastroenterologia, UNM, ³Neuropatologia, ⁴Anatomia Patológica, ⁵Cirurgia 2, CHLN, FMUL, IMM

Resumo

O fígado gordo não alcoólico (NAFLD) associa-se à resistência à insulina e obesidade e caracteriza-se por vários graus de lesão hepática, desde a esteatose simples à esteato-hepatite não alcoólica (NASH). O objectivo foi avaliar a activação das cascatas de insulina e apoptose em diferentes estádios do NAFLD, no fígado e músculo.

Métodos: Biópsias musculares e hepáticas foram obtidas na cirurgia bariátrica em 26 doentes (idade média - 44 anos), com obesidade mórbida, agrupados segundo classificação de Kleiner/Brunt modificada em esteatose simples (n=15),

esteatose e inflamação (n=5) ou NASH (n=6). As proteínas da cascata de sinalização da insulina foram determinadas por Western Blot. A apoptose foi avaliada através do ensaio histológico de TUNEL e da activação da caspase-3.

Resultados: Em biópsias musculares, a expressão do receptor da insulina diminuiu cerca de 3 vezes, na inflamação (p< 0,001) e quase 4 vezes, no grupo NASH (p< 0,001). Nas biópsias hepáticas foram obtidos resultados semelhantes, embora com diferenças menos marcadas entre os grupos. A fosforilação do receptor da insulina não variou significativamente entre os grupos nos dois tipos de biópsias. No entanto, a activação do Akt estava muito diminuída no grupo NASH, em comparação com a esteatose simples, tanto no músculo, como no fígado (p< 0,05), apontando para o bloqueio da transdução de sinal na resistência à insulina ao nível do substracto do receptor da insulina. Verificou-se, também, uma activação do NF-κB 6 vezes superior no músculo do grupo NASH, comparando com o grupo esteatose p< 0,005). A actividade da caspase-3 e o número de células apoptóticas estava aumentado no grupo NASH relativamente aos outros grupos, apenas no fígado.

Conclusões: Sugere-se uma correlação entre a resistência à insulina a nível hepático e muscular, associando-se maior grau de lesão hepática a um aumento da resistência à insulina e da apoptose.

(Suportado pelo projecto PTDC/SAU-OSM/100878/2008 da FCT)

51

REPRODUTIBILIDADE E VALIDADE DA ENDOSCOPIA COM ALTA RESOLUÇÃO E NBI (AR-NBI) EM LESÕES DE METAPLASIA INTESTINAL E DISPLASIA GÁSTRICA

Autores:

Pimentel-Nunes P., Dinis-Ribeiro M., Soares J.B., Marcos-Pinto R., Rolanda C., Marques R., Henrique R., Moreira-Dias L.

Instituição

Gastroenterologia e Anatomia Patológica do IPO-Porto; Fisiologia e Bioestatística da FMUP; Gastroenterologia e A. Patológica do H. de Braga

Resumo

Introdução: A endoscopia com AR-NBI poderá ser útil em diversas patologias digestivas. Não existe até à data descrição de uma classificação consensual para as lesões gástricas precursoras, e a validade da AR-NBI no diagnóstico destas lesões continua por estabelecer.

Objectivo: Avaliar a reprodutibilidade e validade das alterações do padrão mucoso e vascular com AR-NBI para o diagnóstico de metaplasia e displasia gástrica.

Métodos: Em dois hospitais, uma série consecutiva de indivíduos (n=45), 15% referenciados por displasia, foram submetidos a EDA AR-NBI com gravação em vídeo do procedimento, realizando-se biópsias seriadas. Três observadores classificaram segmentos de vídeos de boa qualidade (n=124) de forma independente atendendo ao padrão mucoso e vascular para estudo de reprodutibilidade inter-observador.

Resultados: A identificação dos diferentes padrões mucosos e vasculares mostraram uma reprodutibilidade elevada (k=0.82 e 0.91, respectivamente). Os observadores propuseram um diagnóstico histológico

gico com grande concordância ($k=0.81$) o que se associou a uma validade elevada para alguns achados obtidos (tab1). A alternância de densidade vascular foi o melhor parâmetro para identificação de infecção HP, contudo com baixa concordância ($k=0.4$).

Mucosa	Vasos	Diagnóstico	Sensibilidade(IC95%)	Especificidade(IC95%)	Validade(IC95%)
Regular, circular	Regular	Normal	84(81-88%)	81(77-84%)	83(79-86%)
Regular, tubular	Regular	Metaplasia	83(79-87%)	88(85-92%)	87(84-90%)
Regular	Alternância	HP -	71(67-76%)	71(66-76%)	71(66-76%)
<i>Light blue crest</i>		Metaplasia	57(52-61%)	96(93-98%)	86(83-89%)
Ausente/irregular	Irregular	Displasia	92(89-95%)	99(98-100%)	97(96-99%)

Conclusões: Este é o primeiro estudo de reprodutibilidade e validade da AR-NBI na identificação de lesões gástricas sugerindo a eficácia desta tecnologia na detecção de metaplasia e displasia gástrica. A irregularidade do padrão mucoso/vascular é identificada de forma reprodutível e associa-se consistentemente a displasia gástrica. A EDA com AR-NBI poderá representar um método importante no diagnóstico precoce e em procedimentos terapêuticos.

52

SERÁ A CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL UMA MAIS-VALIA NA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA? - RESULTADOS PRELIMINARES

Autores:

Duque G., Almeida N., Freire P., Lopes S., Ferreira M., Figueiredo P., Monsanto P., Carvalho R., Gouveia H., Sofia C.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A video-cápsula endoscópica (VCE) revolucionou o estudo do intestino delgado. No entanto, o carácter diferido da interpretação das imagens limita a acuidade dos resultados obtidos. Desta forma, a optimização de software, com novas ferramentas de processamento dos fotogramas, poderá constituir uma mais-valia, incrementando a acuidade diagnóstica. Um exemplo é a introdução do sistema FICE (Fuji Intelligent Chromo Endoscopy) capaz de mimetizar a cromoendoscopia.

Objectivo: Avaliar a acuidade diagnóstica do sistema FICE na VCE.

Doentes e Métodos: Estudo prospectivo, que envolveu, até ao presente momento, 20 doentes (média etária $59 \pm 19,5$ anos; 11 do sexo feminino). Os respectivos filmes foram visualizados, de forma independente, por 2 observadores, um no modo normal e o outro no modo FICE (selecção 2). Para efeitos de avaliação da acuidade foram registados todos os achados, independentemente do seu significado final. Avaliada a concordância interobservadores, de forma global e para as alterações mais comuns, através do teste Kappa.

Resultados: Nos 20 filmes visualizados foram identificados 246 achados (dos quais 7 exclusivamente para o modo normal e 20 exclusivamente para o modo FICE). Aplicado o teste de concordância para todos os achados, verificou-se inexistência da mesma, traduzindo ausência de reprodutibilidade. Quando se fez a análise sectorial pelas lesões mais comuns, angiodisplasias e erosões, verificou-se concordância substancial para as pri-

meiras ($K0,614$; $p<0,001$; IC95% 0,324-0,903) e inexistente para as secundas. De facto, a utilização do modo FICE permitiu identificar um número muito superior erosões comparativamente ao modo normal (36vs21), ao realçar, de forma bem evidente, o seu halo periférico.

Conclusões: A utilização da cromoendoscopia virtual na VCE parece aumentar a acuidade diagnóstica para a detecção de erosões de reduzidas dimensões, não comprometendo a identificação de angiodisplasias. Assim, esta ferramenta de software, poderá ser uma mais-valia na interpretação de lesões mais dúbias. É, contudo, discutível o verdadeiro significado destas erosões diminutas.

53

POLIMORFISMOS DOS RECEPTORES DA IMUNIDADE INATA TOLL-LIKE (TLR) 2 E 4 INFLUENCIAM O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE CARCINOMA COLORRECTAL (CCR)

Autores:

Pimentel-Nunes P., Teixeira A.L., Pereira C., Brandão C., Moreira-Dias L., Gonçalves N., Roncon-Albuquerque Jr R., Leite-Moreira A., Medeiros R., Dinis-Ribeiro M.

Instituição

Gastroenterologia e Grupo de Oncologia Molecular do IPO-Porto; Serviço de Fisiologia e Bioestatística da FMUP

Resumo

Introdução: A inflamação crónica é um factor de risco para CCR. O TLR2 e o 4 têm um papel central na resposta imunológica às bactérias intestinais. Uma desregulação da normal activação destes receptores, em consequência de polimorfismos, pode alterar o equilíbrio fisiológico com a microflora comensal, potenciando inflamação subclínica, aumento da expressão da COX-2 e eventualmente risco de CCR.

Objectivo: Investigar a influência de polimorfismos potencialmente funcionais do TLR2 e TLR4 no desenvolvimento de CCR numa população caucasiana.

Métodos: Estudo caso-controlo de base hospitalar que envolveu 478 participantes: 200 doentes consecutivos com o diagnóstico de CCR e 278 indivíduos saudáveis, estratificados para o sexo e idade. Efectuou-se genotipagem dos polimorfismos TLR2Asn199Asn, TLR2-4760T>C, TLR2Arg753Gln, TLR4Asp299Gly e TLR4-3745A>G, por PCR-RFLP a partir de ADN extraído de leucócitos de sangue periférico.

Resultados: A frequência dos homozigotos para o polimorfismo TLR2 Asn199Asn foi de 14% nos controlos e de 3% nos doentes conferindo protecção para desenvolvimento de CCR (odds ratio (OR)=0.2, 95%IC 0.09-0.5). Numa análise estratificada essa protecção foi particularmente alta em indivíduos com excesso de peso (IMC>25; OR=0.17, 95%IC 0.06-0.5) e nos não fumadores (OR=0.11, 95%IC 0.02-0.5). Por outro lado a frequência de homozigotos de TLR4Asp299Gly foi de 10% nos doentes e de 3% nos controlos, associando-se a risco de CCR (OR=4.3, 95%IC 1.5-12.8). Na análise estratificada esse risco foi particularmente elevado

nas mulheres (OR=9.8, 95%IC 1.1-84.6) e nos doentes com IMC>25 (OR=9.6, 95%IC 1.2-78.5). Não se verificaram diferenças para os outros polimorfismos estudados.

Conclusões: Este é o primeiro estudo a sugerir que polimorfismos funcionais dos TLRs modulam de forma significativa a susceptibilidade individual para risco de CCR. Variáveis como o sexo, obesidade e história tabágica podem influenciar o desenvolvimento de CCR em indivíduos com estes perfis genéticos. Estudos futuros são necessários para esclarecer o papel dos TLRs na carcinogénese cólica.

INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

12 Junho, 2010
9h00 - 10h00
Sala Fénix II

54

COLITE ULCEROSA: AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE COM ENDOMICROSCOPIA CONFOCAL

Autores:

Freire P.¹, Figueiredo P.¹, Portela F.¹, Ferreira M.¹, Cipriano M.A.², Silva M.R.², Andrade P.¹, Gouveia H.¹, Sofia C.¹

Instituição

¹ Serviço de Gastroenterologia; ² Serviço de Anatomia Patológica Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Em Gastroenterologia, o diagnóstico e/ou *follow-up* das doenças do tubo digestivo implica comumente a observação endoscópica com realização de biopsias, complementadas pela respectiva avaliação histológica. A endomicroscopia confocal (EMC) é um novo método de imagem que alia observação endoscópica e microscópica. É, de certa forma, uma endoscopia com biopsia virtual e histologia em tempo real, cuja avaliação microscópica inclui não só a caracterização estrutural mas também a apreciação de processos dinâmicos, tais como a perfusão e a permeabilidade microvascular. A doença inflamatória intestinal, dado o carácter crónico recidivante, o risco de degeneração associado à doença de longa evolução e a crescente importância prognóstica atribuída às alterações da mucosa, assoma como uma das mais auspiciosas áreas de aplicação e desenvolvimento desta técnica.

Os autores apresentam o caso duma doente de 37 anos, com antecedentes de colite ulcerosa com atingimento do cólon esquerdo, admitida com quadro clínico caracterizado por diarreia com sangue (6 dejetões/dia) e dor abdominal tipo cólica localizada preferencialmente no flanco e fossa ilíaca esquerdos. Analiticamente tinha elevação ligeira da PCR (4mg/dL) e a ecografia abdominal revelou-se normal. Endoscopicamente observou-se, ao longo de todo o trajecto até ao ângulo esplénico, mucosa difusamente edemaciada,

congestiva, friável, com algumas áreas superficialmente erodidas. Efectuada avaliação com EMC seguida de biopsias, em áreas com e sem inflamação. Nas áreas sem inflamação a EMC revelou criptas regulares com distribuição homogénea rodeadas por uma rede hexagonal de vasos (aspecto de colmeia). Nas áreas com inflamação, a EMC detectou alteração da forma, tamanho e distribuição das criptas, destruição de criptas e aumento da distância entre as criptas restantes e, ainda, aumento do número de capilares que se apresentavam dilatados e distorcidos, bem como sinais de extravasamento de fluoresceína. Os autores apresentam a iconografia das imagens de EMC e as correspondentes micrografias da avaliação histológica.

55

ABORDAGEM TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE PSEUDOQUISTO PANCREÁTICO DO MEDIASTINO

Autores:

Monsanto P.¹, Gomes D.¹, Gregório C.¹, Sousa H.T.², Gouveia H.¹, Toste M.¹, Sofia C.¹

Instituição

¹ Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

¹ Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Espírito Santo

Resumo

Introdução: Os pseudoquistos pancreáticos mediastínicos são uma complicação rara da pancreatite aguda ou crónica, com apenas cerca de 50 casos descritos na literatura. Sendo a resolução espontânea rara e a terapêutica médica invariavelmente ineficaz, a maioria destes casos era submetida a resolução cirúrgica. No entanto, mais recentemente, têm sido utilizadas com sucesso várias abordagens terapêuticas endoscópicas, quer por drenagem transmurar por eco-endoscopia quer por drenagem transpapilar por CPRE.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um pseudoquisto pancreático mediastínico associado a efusão pleural pancreática, diagnosticado num homem de 37 anos com hábitos etílicos mantidos e antecedentes de pancreatite necro-hemorrágica de etiologia etílica 10 anos antes. O diagnóstico foi estabelecido através da tomografia computadorizada toraco-abdominal e de eco-endoscopia após manifestação clínica por tosse e cansaço fácil, com ausência de sintomatologia abdominal. Realizou toracocentese tendo a análise do líquido revelado doseamentos de amilase e lipase extremamente elevados com citologia, bacteriologia e biopsia pleural negativas. Não sendo evidente a presença de uma fístula pancreática nos exames efectuados, realizou inicialmente tratamento conservador, com redução e organização do derrame pleural, não se assistindo contudo à resolução espontânea do pseudoquisto mediastínico. Por esse motivo efectuou CPRE que evidenciou extravasamento de contraste pelo ducto pancreático, ao nível da cauda, para uma cavidade correspondente ao pseudoquisto mediastínico. Como atitude terapêutica optou-se pela realização de uma esfínterectomia pancreática com colocação de prótese plástica transpapilar.

56

DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE APÓS CIRURGIA COLORECTAL - TRATAMENTO COM ENDOSPONGE®

Autores:

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

Instituição

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

Resumo

Introdução: A deiscência de anastomose coloproctológica é uma complicação séria e temida após ressecção anterior do recto, com uma taxa que varia de 1% a 24%, associada a morbilidade precoce e de longo-termo. A cavidade pré-sagrada formada como resultado da deiscência pode ser tratada com uma endo-esponja (B-Braun Medical®). A endo-esponja facilita o encerramento da loca ao criar pressão negativa, garantindo uma drenagem contínua, levando a um controle de infecção e aumento do fluxo sanguíneo, que proporciona uma estimulação do tecido de granulação e diminuição do tamanho da cavidade.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 40 anos, com diagnóstico de neoplasia do recto em Março de 2009, submetido a QRT neoadjuvante e ressecção anterior do recto em Agosto de 2009, com estadio II (T3N1M0). Oito dias após cirurgia iniciou quadro de febre e rectorragia, sendo diagnosticado por TC abdomino-pélvica deiscência de sutura anastomótica, interpondo-se entre o recto e o plano sacrococcígeo colecção de conteúdo misto (ar e líquido) com 7.5 x 5.4 x 6.2 cm eixo anterior-posterior, transversal e crânio-caudal. Realizou ileostomia de derivação em Setembro de 2009. Endoscopicamente apresentava anastomose aos 10 cm, com loca resultante de deiscência com cerca de 6 cm de maior eixo. Iniciou terapêutica com endo-esponja 7 semanas após diagnóstico, com um número de trocas de endo-esponja de 34, em regime de ambulatório. A resolução da loca foi alcançada 75 dias após início de terapêutica. Apresenta-se iconografia imagiológica e endoscópica.

Conclusões: A colocação de endo-esponja pode ser útil no tratamento da deiscência da anastomose coloproctológica da ressecção anterior do recto, impedindo a cronicidade da loca pré-sagrada e evitando a colostomia definitiva.

57

TÉCNICA DE INTRODUÇÃO DE PRÓTESES PLÁSTICAS AUTO-EXPANSÍVEIS TRAQUEO-BRÔNQUICAS NAS ESTENOSSES REFRACTÁRIAS BENIGNAS DA HIPOFARINGE

Autores:

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil

Resumo

Introdução: As estenoses refractárias da hipofaringe são uma complicação grave após cirurgia e radioterapia por neoplasia da laringe. Resultam da fibrose cicatricial e associam-se a disfagia acentuada, comprometendo o estado nutricional e a qualidade de vida dos doentes. O seu tratamento é difícil, obrigando frequentemente a múltiplas dilatações e à colocação de sondas de nutrição entérica. Apenas um estudo publicado refere a utilização de uma prótese metálica modificada nesta indicação, com o objectivo de calibrar as estenoses, mas com resultados limitados pela necessidade de se efectuar a sua troca periódica.

Materiais e Métodos: Apresentação de um vídeo com a técnica de introdução de próteses plásticas auto-expansíveis traqueo-brônquicas Polyflex™ (PPTB) nas estenoses refractárias benignas da hipofaringe.

Resultados: Descrição da montagem da prótese e adaptação do sistema de introdução das PPTB para a sua introdução ao nível da hipofaringe. Devido a não estarem preparadas para serem introduzidas sob fio-guia, demonstra-se a adaptação do sistema de introdução e a utilização de balão TTS de 10-mm de diâmetro para esse efeito. A introdução é feita sob controlo fluoroscópico e endoscópico simultâneo, com libertação da prótese na hipofaringe e, se necessário, reposicionamento com pinça de corpos estranhos. No dia seguinte é efectuado um trânsito esofágico com contraste hidrossolúvel. Os doentes apresentaram uma melhoria da disfagia para sólidos e semi-sólidos que se manteve durante o período de seguimento.

Conclusões: Com uma técnica adaptada, a introdução de PPTB parece constituir uma forma eficaz de aliviar a disfagia associada a estenoses refractárias da hipofaringe, evitando a necessidade de dilatações periódicas e a colocação de sondas entéricas.

58

LINFOMA PRIMITIVO DO INTESTINO DELGADO: DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA À TERAPÉUTICA POR ENTEROSCOPIA POR DUPLO BALÃO

Autores:

Serrano M.¹, Mão de Ferro S.¹, Carvalho S.², Fidalgo P.¹, Ferreira S.¹, Cabeçadas J.³, Dias Pereira A.¹

Instituição

Serviços de ¹Gastroenterologia, ²Hematologia e ³Anatomia Patológica Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.

Resumo

A enteroscopia por duplo balão (EDB) tem-se mostrado uma técnica de

grande utilidade na prática clínica, quer no diagnóstico quer na terapêutica de patologia do intestino delgado, dada a sua eficácia e segurança. Os autores apresentam o caso de um homem de 58 anos, referenciado para esclarecimento de redução do calibre e espessamento parietal de ansa jejunal associados a densificação do mesentério e múltiplas adenopatias, identificados em TC abdominal realizada no contexto da investigação de quadro de epigastralgias de início recente. A EDB mostrou, imediatamente abaixo do ângulo de Treitz, área de diminuição da motilidade com múltiplos micropólipos sésseis. As alterações prolongavam-se por cerca de 50 cm até se atingir uma lesão infiltrativa com 3 cm de extensão, ocupando cerca de metade do perímetro. O exame histológico das biopsias revelou linfoma folicular primitivo do intestino delgado. O doente cumpriu 8 ciclos de quimioterapia com ciclofosfamida, vincristina, prednisolona e rituximab com boa tolerância. Para avaliação da resposta ao tratamento fez TC abdominal que identificou melhoria das alterações, mantendo ligeiro espessamento do mesentério e pequenas adenopatias inespecíficas. Repetiu EDB que mostrou, em todo o jejuno proximal, redução do peristaltismo e áreas de aspecto cicatricial com mucosa atrófica e com convergência de pregas. As múltiplas biopsias não mostraram evidência de infiltração por linfoma. Os linfomas foliculares primários do tubo digestivo são neoplasias pouco frequentes, correspondendo a apenas 1 a 3 % da totalidade dos linfomas não Hodgkin. A melhor abordagem para o estadiamento e terapêutica destas neoplasias não está completamente estabelecida. É apresentada iconografia endoscópica e histológica e feita breve revisão teórica desta entidade clínica, com ênfase no papel da EDB no diagnóstico, estadiamento e avaliação de resposta ao tratamento dos linfomas primários do tubo digestivo.

59

OCORRÊNCIA SÍNCRONA DE TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) GÁSTRICO E TUMOR NEUROENDÓCRINO DO PÂNCREAS - UMA ASSOCIAÇÃO RARA

Autores:

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

Instituição

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

Resumo

Introdução: Os tumores neuroendócrinos do pâncreas são entidades raras, por vezes diagnosticados imagiologicamente em doentes assintomáticos. A ocorrência síncrona com tumores do estroma gastrointestinal (GIST) foi descrita em 9 doentes com neurofibromatose tipo 1 (NF-1), existindo apenas 1 caso descrito na literatura desta associação fora do contexto da NF-1.

Objectivo: Os autores propõem-se apresentar um caso raro de ocorrência síncrona de GIST gástrico e de tumor neuroendócrino do pâncreas, salientando o papel da ecoendoscopia no seu diagnóstico.

Métodos: Análise do processo clínico e revisão da literatura relevante.

Descrição: Mulher de 64 anos de idade, submetida a mastectomia radical à direita por carcinoma ductal invasor em 2005. Em 2008 fez ecografia abdominal de seguimento, que mostrou nódulo pancreático com 17 mm, seguida de tomografia computadorizada abdominal que evidenciou neoformação adjacente à parede gástrica com 28 mm de diâmetro, sugestiva de GIST. Foi realizada ecoendoscopia no sentido de esclarecer a natureza da(s) lesão(ões). No antro gástrico identificou-se lesão hipocogénica bem delimitada, com ecotextura heterogénea, na dependência da muscularis propria, compatível com GIST. No corpo do pâncreas observou-se nódulo hipocogénico de limites mal definidos, com ecotextura heterogénea, submetido a punção transgástrica com agulha 22 G. O exame citológico mostrou neoplasia epitelial maligna com estudo imunocitoquímico compatível com tumor neuroendócrino do pâncreas (CK8/18 +++; CK7-, cromogranina e sinaptosina+++). A doente foi submetida a pancreatectomia subtotal e gastrectomia parcial com anastomose em Y de Roux. A peça cirúrgica confirmou coexistência de carcinoma neuroendócrino bem diferenciado do pâncreas e GIST gástrico.

Conclusões: Os autores salientam o papel da ecoendoscopia no estudo diagnóstico desta doente, com antecedentes de neoplasia da mama e ocorrência simultânea de GIST e tumor neuroendócrino do pâncreas, associação muito rara e poucas vezes descrita na literatura.

60

SCHWANNOMA BENIGNO DO LIGAMENTO HEPATO-DUODENAL

Autores:

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia - CHVNGaia

Resumo

Os tumores das bainhas nervosas periféricas representam 2-6% dos tumores gastrointestinais do estroma (GISTS). Localizam-se habitualmente na cabeça, pescoço, medula espinal e extremidades, sendo raros no retroperitôneo, representando apenas 6% dos tumores retroperitoneais. Numa revisão da literatura apenas se encontra 1 caso publicado de schwannoma do ligamento hepato-duodenal.

Doente de 29 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de esclerose múltipla, com paraparesia e bexiga neurogénica residuais. Enviado à Consulta de Cirurgia Geral por apresentar massa quística peri-

coledócica, de natureza incerta, detectada durante vigilância ecográfica anual por pólipos vesiculares. Realiza punção aspirativa guiada por ecografia que revela material proteináceo amorfo, com raros histiócitos, células mesoteliais e células fusiformes dispostas em toalhas e feixes, sem bizarras núcleo-citoplasmáticas (neoplasia conjuntiva de células fusiformes? Tumor do estroma? Outro?). Requistada Ecoendoscopia para esclarecimento da natureza da lesão e eventual repetição da biopsia: lesão de natureza quística complexa, com algumas áreas sólidas, medindo 45x29mm no plano sagital, de localização sub-hepática, com manutenção dos planos de clivagem com o fígado, veia porta e artéria hepática. Por interposição de vasos não foi efectuada punção da massa. O doente foi submetido a laparotomia para exérese de tumefacção quística multiloculada do ligamento hepato-duodenal. O exame anátomo-patológico revelou tratar-se de neoplasia bem delimitada, com padrão turbilhonar alternando áreas hiper e hipocelulares, com corpos de Verocay, índice mitótico desprezível e ausência de necrose; positividade intensa e universal para o anticorpo S100, compatível com Schwannoma benigno.

61

TÉCNICA RENDEZVOUS ECOENDOSCOPIA-CPRE PARA DRENAGEM BILIAR TRANSPAPILAR APÓS INSUCESSO DA CPRE

Autores:

Bispo M., Serra D., Pinto Marques P., Barreiro P., Matos L.

Instituição

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Hospital da Luz

Resumo

O acesso à via biliar guiado por ecoendoscopia constitui uma alternativa menos invasiva à via percutânea transhepática (CPT) após insucesso da CPRE. Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 74 anos, com estenose papilar tardia como complicação de ressecção endoscópica de tumor da ampola de Vater (adenoma tubulo-viloso com displasia de baixo grau, com margens livres de lesão). A doente foi internada por colangite aguda e sépsis, com evidência ecográfica de dilatação das vias biliares e coledocolitíase. Após tentativa não conseguida de canulação da via biliar por CPRE (por impossibilidade de identificar a papila), optou-se pela abordagem *rendezvous* ecoendoscopia-CPRE. O procedimento foi realizado sob sedação profunda, sob controlo fluoroscópico simultâneo. Após punção transduodenal da via biliar principal guiada por ecoendoscopia linear (utilizando uma agulha 19-G), procedeu-se à injeção de contraste na via biliar e à passagem de fio-guia no sentido distal através da papila obstruída. Foi então realizada CPRE, com dilatação da papila (esfincteroplastia) com balão CRE até 12mm de diâmetro. Após extracção de vários cálculos com balão, colocou-se prótese biliar plástica 10 Fr, com boa drenagem biliar. Verificou-se regressão do quadro clínico de colangite aguda, tendo a doente recuperado sem complicações.

COMUNICAÇÕES ORAIS VII CÁSOS CLÍNICOS 12 Junho, 2010 9h00 - 10h00 Sala Fénix I

62

DOENÇA CELÍACA REFRACTÁRIA TIPO 2, EXCELENTE RESPOSTA A TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA

Autores:

Machado M., Horta D., Bispo M., Bana T., Santos T., Maldonado R., Glória H., Valente A., Palma R., Alexandrino P., Esteves G., Alves Carmo J., Oliveira E., Fernandes A., Velosa J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Serviço de Hematologia, Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Resumo

Doente de sexo feminino, 32 anos, com internamento prolongado (7 meses) por quadro, com 2 meses de evolução, caracterizado por diarreia aquosa grave, perda ponderal de 44% do peso corporal, dor abdominal e febre. Analiticamente destacava-se anemia grave, hipoalbuminémia, hipogamaglobulinémia e alterações electrolíticas, com necessidade de alimentação parentérica de longa duração. Anticorpo anti-transglutaminase positivo e HLA-DQ2 em homozigotia, com LDH e B2-microglobulina dentro dos valores de referência. O quadro foi refractário a dieta sem glúten e corticosteróides. Os exames endoscópicos revelaram, em todo o intestino delgado, diminuição do número de pregas, mucosa re-cortada e ulceração extensa, correspondendo, histologicamente, a atrofia focal da mucosa com intensa permeação epitelial por linfócitos T (positivos para CD3 e negativos para CD4 e CD8), com rearranjo clonal de receptor de células T, compatível com doença celíaca refractária tipo 2. A TC de corpo revelou adenopatias mesentéricas e espessamento da parede do intestino delgado. Efectuou biopsia óssea, sem evidência de linfoma. Foi submetida a 2 ciclos de CVP, sem resposta, após o que efectuou PET scan que não apresentou captação anómala. Assim, foi medicada com cladribina com excelente resposta clínica tardia, com resolução da diarreia e ganho ponderal, sem ulcerações na endoscopia e histologia Marsh I, sem linfocitose intraepitelial, mas mantendo 39% de linfócitos T aberrantes na citometria de fluxo. Na evolução, desenvolveram-se estenoses do intestino delgado, sendo submetida a cirurgia, bem como, múltiplas complicações infecciosas, incluindo endocardite infecciosa com necessidade de cirurgia cardíaca, complicada por síndrome de Dressler. Atendendo ao grande risco de progressão para linfoma, foi submetida a transplante autólogo de medula óssea, que decorreu sem compli-

cações major. A doente apresenta-se assintomática, com recuperação do peso e com normalização histológica.

63

UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Autores:

Belga S., Lage P., Jorge A., Saraiva A., Chaves P., Dias Pereira A.

Instituição

Serviços de Gastroenterologia, Ginecologia e Anatomia Patológica do IPOLFG, EPE.

Resumo

Doente do sexo feminino, 53 anos, internada na nossa Instituição, em Fevereiro de 2010, por quadro caracterizado por dor intensa nos quadrantes superiores do abdómen, náuseas, vômitos biliosos, dejectões com características de melenas, cansaço fácil, anorexia e perda ponderal de 10%, com 3 semanas de evolução. Da história pessoal progressiva, destacava-se o diagnóstico de carcinoma pavimento-celular (CPC) do colo do útero em 2003, tendo sido tratada com quimio-radioterapia, com resposta completa. Em Dezembro de 2009, foi detectada ureterohidronefrose à direita que requereu colocação de stent em duplo-J, tendo sido assumida uma etiologia rárda. A doente esteve medicada com corticoterapia e hidroxicloroquina, por artrite reumatóide diagnosticada 6 meses antes do internamento, mas no período que antecedeu o mesmo encontrava-se apenas a efectuar de forma regular AINEs e inibidor da bomba de prótons. Ao exame objectivo salientava-se palidez cutâneo-mucosa. A avaliação analítica apresentou descida progressiva da Hb para 8.8 g/dL. Na endoscopia digestiva alta observou-se lesão infiltrativa, friável, com cerca de 3 cm, localizada em D2 e sem sinais de hemorragia recente. O exame histológico mostrou infiltração da mucosa duodenal por tecido de CPC. A tomografia computadorizada abdominal revelou massa retroperitoneal com 5 cm, condicionando invasão duodenal e de estruturas vasculares, compressão do uretero direito, assim como pequenas adenopatias retrocrurais e latero-aórticas. A doente iniciou quimioterapia sistémica. De acordo com a literatura, o duodeno encontra-se muito raramente envolvido, no contexto de recidiva de CPC do colo do útero, podendo corresponder a metastização directa ou infiltração por conglomerado de adenopatias para-aórticas. A singularidade deste caso resulta da recidiva ter ocorrido sob a forma de massa invadindo o duodeno e do diagnóstico ter sido efectuado na sequência da investigação de um quadro de hemorragia digestiva alta.

64

METÁSTASE PANCREÁTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores:

Fidalgo C.¹, Santos A.A.¹, Cravo M.¹, Fonseca R.², Venâncio J.³, Dias Pereira A.¹

Instituição

¹Serviço de Gastroenterologia, ²Serviço de Anatomia Patológica, ³Serviço de Radiologia. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, EPE

Resumo

Introdução: A metastização em sede pancreática é rara, correspondendo a <2% de todos nódulos sólidos do pâncreas. A ecoendoscopia com punção é uma técnica útil no diagnóstico diferencial dos nódulos do pâncreas com relevância no manejo destes casos.

Objectivo e Métodos: Caso clínico de metástase pancreática de Carcinoma de Células Renais (CCR) e revisão da literatura.

Resumo do caso: Mulher, 61 anos, recorre a consulta de Gastroenterologia por desconforto nos quadrantes superiores do abdómen, com um mês de evolução. Negava anorexia, emagrecimento e perdas de sangue visíveis. História prévia de HTA, DMNIT, nódulos tiroideus, DRGE e duas cirurgias: colecistectomia laparoscópica por litíase, 7 anos antes, e nefrectomia radical por CCR (pT_{1b}pN₀M_x-estádio I), 25 anos antes. Apresentava excesso de peso, sem outras alterações ao exame físico. Laboratorialmente: elevação da glicémia em jejum com restantes parâmetros dentro da normalidade, incluindo o CEA e o CA 19.9. Ecograficamente, documentaram-se dois nódulos hipoeocogénicos na cauda do pâncreas com 8 e 10 mm de diâmetro, sem tradução em tomografia computadorizada(TC). Realizada ecoendoscopia identificando-se nódulo hipoeocogénico de 8mm no corpo do pâncreas, puncionado com obtenção de células suspeitas. A citologia mostrou aspectos morfológicos/imunofenotípicos compatíveis com metástase de CCR. PET sem fixações anómalas incluindo a nível pancreático. Foi revista a TC com identificação de nódulo hipercaptante na transição entre a cabeça e o corpo do pâncreas. Proposta ressecção pancreática, que aguarda. Apresenta-se iconografia.

Conclusões: Metástases metacrónicas isoladas de CCR no pâncreas são um fenómeno bem descrito em que há evidência de que uma abordagem cirúrgica agressiva pode prolongar a sobrevida. O diagnóstico imagiológico e histológico precoce pode melhorar a probabilidade de sucesso.

65

TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET) DO FÍGADO EM DOENTE COM HEPATITE B CRÓNICA

Autores:

Marques M., Cardoso H., Lopes J., Macedo G.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Hospital São João

Resumo

O tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) periférico é um tumor mesenquimatoso maligno. Embora possa ocorrer em órgãos sólidos, é uma entidade extremamente rara, particularmente do fígado.

Doente do sexo masculino, 19 anos de idade, orientado para consulta de Hepatologia por diagnóstico recente de hepatite B, genótipo D, sem antecedentes patológicos ou familiares relevantes. Por viremia no limite superior de detecção, com ALT = 125 U/L, iniciou tratamento com entecavir. Ecograficamente detectou-se nódulo hipoeecóico com área central hipereecóica, 13x12cm. O doseamento de alfa-fetoproteína era normal e foi pedida RM, que mostrou massa heterogénea, contornos bem delimitados, de 15 cm, com área central necrótica, com captação heterogénea do contraste. Fez biópsia guiada da lesão, cuja histologia revelou tumor neuroectodérmico primitivo (PNET). Foi realizado estadiamento com TAC cerebral e toraco-abdomino-pélvica, que revelou 4 formações nodulares pulmonares com 1-2cm. Enviado a consulta diferenciada de sarcomas: iniciou tratamento sistémico com quimioterapia, com redução marcada de células viáveis em PET de controlo, apresentado no final dos ciclos, uma lesão de 8 cm. Está proposto para realizar embolização do tumor para eventual ressecção hepática direita.

O PNET é um tumor raro com origem em células da crista neural, classificado com base no local de origem, em PNET do sistema nervoso central (SNC) e PNET periférico. Este ocorre fora do SNC e tem considerável sobreposição com sarcoma de Ewing, ambos partilhando uma translocação única t(11;22). O PNET constitui cerca de 1% de todos os sarcomas. O rim é o órgão mais frequentemente envolvido, embora o PNET primário visceral seja extremamente raro. Na literatura, este é o 2º caso descrito de envolvimento primário do fígado por este tipo de tumor.

66

PERICARDITE CONSTRITIVA, CAUSA RARA DE ASCITE

Autores:

Cardoso E.¹, Marinho R.², Baldaia C.², Fatela N.², Ramalho F.²

Instituição

¹Serviço de Gastroenterologia do Instituto Português de Oncologia -Porto; ²Unidade de Hepatologia do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Resumo

Introdução: A patologia cardíaca representa uma pequena parte dos 15% de casos de ascite não atribuíveis a cirrose hepática (CH). A pericardite constritiva (PC) é responsável por 8% dos casos de doença hepática de causa cardíaca (Fibrose/Cirrose Cardíaca(CC)), e sendo tratável, a doença hepática pode estabilizar ou mesmo regredir.

Caso clínico: Relata-se o caso de um homem de 23 anos, enviado à consulta de Gastroenterologia com o diagnóstico, desde os 16 anos, de CH de etiologia não esclarecida. Referia dificuldade respiratória desde os 8 anos, com internamentos frequentes, tendo sido diagnosticada asma. Aos 16 anos, surge ascite, com agravamento progressivo. Apre-

sentava idade aparente de 14 anos, com ascite, hepatomegália, e dispneia de esforço. Foi efectuado o estudo para excluir as causas frequentes de doença hepática crónica, incluindo aquelas com repercussão respiratória ou cardíaca. Na radiografia do tórax observava-se calcificações pericárdicas e pleurais, bem como redução do volume pulmonar direito. Entretanto, tendo sido negativo o estudo de doença hepática efectuado, realizou biópsia hepática transjugular, e o estudo hemodinâmico foi sugestivo de PC. Efectuou TC-torácica, que evidenciou exuberantes calcificações pericárdicas e pleurais, com atelectasia do lobo médio direito. Estas alterações foram consideradas como sequelas de provável tuberculose. Foi excluída infecção tuberculosa em actividade e o doente foi orientado para pericardiectomia. A biópsia hepática não mostrou cirrose.

Discussão: Apesar da nomenclatura, a CC raramente satisfaz critérios histopatológicos de verdadeira cirrose. A ascite associada a hepatomegália, com alteração das provas hepáticas pode levar à assunção precipitada de CH, descurando outras causas, nomeadamente cardíacas para a etiologia da doença hepática. A pesquisa de ingurgitamento jugular e calcificações pericárdicas em radiografia são primordiais na suspeita e posterior estabelecimento do diagnóstico de PC.

67

ENTEROPATIA ASSOCIADA A LINFOMA DE CÉLULAS T EM DOENTE SEM DOENÇA CELÍACA - ENTIDADE MUITO RARA

Autores:

Veloso R., Pinto J., Afonso M., Pinho R., Tente D., Sanches A., Couceiro A., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

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

Resumo

Introdução: O Linfoma de células T enteropático é uma doença extremamente rara (menos de 1% dos linfomas não-Hodgkin) habitualmente associada à doença celíaca do adulto e poucos casos foram descritos na ausência desta última. O local mais frequentemente atingido é o jejuno, o cólon muito raramente é afectado. O seu curso é habitualmente fatal.

Objectivo: Exposição de caso clínico de linfoma gastrointestinal primário com apresentação, localização e clínica atípica.

Métodos: análise do processo clínico e revisão da literatura.

Descrição: Homem de 77 anos, com diarreia de fezes líquidas, sem muco, sangue ou pús [5 diurnas, 2 nocturnas] com 5 meses de evolução, acompanhada de astenia, anorexia progressiva e perda de peso corporal. Sem resposta a antidiarreicos e antibióticos. Internado, verificando-se agravamento progressivo dos sintomas (cerca de 15 dejeções líquidas/dia), apesar de antibioterapia empírica com ciproflo-

xacina e metronidazol. Do estudo efectuado, destaca-se, em doente sem imunodeficiência: coprocultura positiva para *Campylobacter jejuni* e PCR-CMV (sangue periférico) positivo. Anticorpos anti-gliadina e anti-transglutaminase negativos. Calcitonina, serotonina e VIP séricos - normais. EDA: candidíase esofágica; biopsias em DII: vilosidades normalmente configuradas e linfocitose intraepitelial multifocal. Colonoscopia: íleo terminal normal (histologia: linfocitose epitelial exuberante com linfócitos pequenos e de contorno nuclear irregular); no sigmóide, área ulcerada de bordos irregulares e elevados (histologia: linfocitose intraepitelial multifocal exuberante; Imunofenotipagem por imunohistoquímica - população de células T CD3+/CD8+/CD4-/CD56+). TC abdómino-pélvico: esplenomegalia homogénea, sem outras alterações. Insuficiência hepática progressiva com encefalopatia hepática. Efectua 1º ciclo de quimioterapia (CHOP), falecendo 5 dias após em falência multi-orgânica. CONCLUSÕES: 1- O caso clínico revela a importância do diagnóstico de doença grave e muito rara com atingimento de todo o cólon e delgado, com quase ausência de lesões macroscópicas. 2- A linfocitose intraepitelial difusa e a sua caracterização foram fundamentais para o diagnóstico deste Linfoma de Células T.

o prolongamento do internamento ou a readmissão e respectivas durações. Para avaliar a qualidade do estado de saúde utilizámos o Euro-Qol VAS (EQ-VAS) antes e após a realização do procedimento.

Resultados: 130 doentes: mulheres/homens - 66/64; idade média - 63,9±17,5 anos. A CPRE foi conseguida em 90% dos doentes, dos quais 86,3% foram submetidos a procedimento terapêutico. 6 doentes (4,6%) sofreram complicações. 3 dessas complicações foram pancreatites agudas com apresentação nas primeiras 6 horas, motivando prolongamento do internamento. Foram readmitidos 5 doentes (3,8%), 3 (2,3%) por complicações, 2 por colangite aguda e 1 por pancreatite aguda, de gravidade moderada. Todas as complicações tiveram evolução favorável. Observou-se prolongamento do internamento em 14 doentes (10,8%), 11 (8,5%) para vigilância de sintomas, sem ocorrência de complicação. A duração mediana dos internamentos foi de 48 horas. O valor médio do EQ-VAS antes e depois do procedimento foi respectivamente de 39,4±24,4 e 74,38±19,3.

Conclusões: A CPRE em ambulatório mostrou-se segura e satisfatória para os doentes, com baixo índice de readmissões, taxas de complicações sobreponíveis a séries publicadas em regime de internamento e sem influência negativa na sua evolução.

COMUNICAÇÕES ORAIS VIII

12 Junho, 2010
10h00 - 11h30
Sala Fénix I

68

AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA E DA QUALIDADE DE SAÚDE DA CPRE EM DOENTES DO AMBULATÓRIO

Autores:

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospital de Faro, EPE

Resumo

Introdução: A CPRE, como exame predominantemente terapêutico e invasivo, comporta potenciais complicações importantes. Tradicionalmente realizado em regime de internamento, a segurança da sua realização em ambulatório tem sido alvo de estudo.

Objectivo: Avaliar a segurança e a qualidade de saúde dos doentes submetidos a CPRE em regime do ambulatório.

Material e Métodos: Avaliamos todos os doentes admitidos de Janeiro de 2006 a Dezembro de 2009 para realização de CPRE em regime de hospital de dia, com alta previsível 6 horas após o exame. Registamos a clínica, a técnica, as complicações ocorridas nos 7 dias seguintes,

69

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE AMPULOMAS

Autores:

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

Instituição

Hospital Egas Moniz - Serviço de gastroenterologia Hospital da Luz - Serviço de gastroenterologia

Resumo

Objectivo: A ressecção endoscópica de ampulomas pode ser uma solução válida em doentes criteriosamente seleccionados. Os autores apresentam a sua experiência neste procedimento analisando a sua segurança e eficácia a longo prazo.

Métodos: Análise retrospectiva de 16 ampulectomias endoscópicas (14 doentes; idade média: 68 anos), entre Janeiro de 2006 e Fevereiro de 2010, em dois centros hospitalares. Todos os ampulomas eram < 4 cm (tamanho médio: 2,6 cm), com histologia de adenomas (13 displasia baixo grau e 3 alto grau). Quinze ampulomas eram esporádicos e um associado a síndrome de Gardner. Foi realizada ecoendoscopia para estadiamento em todos os casos.

Resultados: Procedeu-se em todos os doentes à elevação da lesão com injeção submucosa de adrenalina diluída, seguida de ressecção em bloco com ansa diatérmica. Posteriormente realizou-se CPRE (excepto num caso por dificuldade técnica) com colocação de próteses plásticas nos ductos pancreático e biliar. A ampulectomia foi conseguida num único tempo em todos os doentes com confirmação de margens livres de tumor. Uma das peças apresentava focos de carcinoma in situ, sem

invasão linfo-vascular. Não se observaram complicações imediatas registando-se 3 complicações precoces (2 casos de hemorragia digestiva 48H após o procedimento com resolução endoscópica e um caso de pancreatite aguda com boa evolução clínica). No caso em que não foi possível a colocação de próteses ductais registou-se estenose tardia da papila de Vater com posterior resolução endoscópica (abordagem Rendez-Vous, ecoendoscopia/CPRE, com acesso à via biliar eco guiada). Após um período de seguimento médio de 19 meses (limites: 1-34 meses) verificaram-se 2 recidivas, com nova ressecção endoscópica (2 casos de tumores vilosos com displasia baixo grau).

Conclusões: A remoção endoscópica de ampulomas foi segura e eficaz nos doentes selecionados. A ecoendoscopia pré-ampulectomia apresentou elevada correlação com os achados histológicos.

70

RASTREIO DE CANCRO DO CÓLON E RECTO EM FAMILIARES DE INDÍVIDUOS JOVENS: QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA?

Autores:

Belga S., Lage P., Rodrigues P., Claro I., Ferreira S., Mão-de-Ferro S., Parreira J., Mendes C., Chaves P., Fidalgo P., Dias Pereira A.

Instituição

Clínica de Risco Familiar, Serviços de Gastrenterologia e de Anatomia Patológica do IPOLFG, EPE

Resumo

Introdução: Parentes de 1º grau de doentes com carcinoma do cólon e recto (CCR) em idade inferior a 50 anos, apresentam um risco aumentado para o seu desenvolvimento. Nestes casos, as recomendações para rastreio de CCR não são consensuais.

Objectivo: Avaliar nos familiares de 1º grau de doentes com CCR detectado <50 anos, os resultados de um programa de rastreio.

Métodos: Registados na nossa Consulta 139 doentes com CCR (casos índice) diagnosticados <50 anos (64H,75M; M.I.-40 anos), dos quais 29% apresentavam um familiar com CCR (M.I.-67 anos). Em 91/139 (65%) casos, existiam parentes de 1º grau com indicação para rastreio. Programa de rastreio: colonoscopia total (CT) com início aos 40 anos ou 5-10 anos antes da idade do CCR no caso índice e periodicidade de 5 anos. Lesões: pólipos hiperplásicos (PH), adenomas (AD), adenomas de risco (ADR: >10mm; componente viloso; displasia de alto grau) e CCR.

Resultados:

	Familiares Rastreados	Média Idades	Casos c/ PH	Casos c/ AD	Casos c/ ADR	Casos c/ CCR
1ª CT	150	45 anos	10 (7%)	24 (16%)	5 (3%)	-
2ª CT	53/150 (37%)	49 anos	2 (4%)	8 (15%)	1 (2%)	-
3ª CT	10/150 (7%)	51 anos	-	4 (40%)	-	-

Apresentaram adenomas múltiplos (n>3) 5/150 (3%). Foram detectados 8 casos com AD em idade inferior à do caso índice, mas identificáveis

num programa com início aos 40 anos ou 5 anos antes, e todos os ADR foram detectados em idade superior.

Conclusões: 1) O programa de rastreio revelou-se eficaz, sem identificação de cancros; 2) Os resultados favorecem, para os familiares de 1º grau de doentes jovens, o início de rastreio aos 40 anos ou 5 anos antes do caso índice e com periodicidade de 5 anos.

71

COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS ESOFÁGICAS: ESTUDO COMPARATIVO DE CONTROLO FLUORÓSCÓPICO E DE VISUALIZAÇÃO DIRECTA

Autores:

Ferreira F., Bastos P. Marques M., Ribeiro A. Azevedo F., Pereira P., Lopes S., Ramalho R., Macedo G.

Instituição

Serviço de Gastrenterologia - Hospital de São João

Resumo

Introdução: A colocação de próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) é habitualmente efectuada com controlo fluoroscópico; parece não existir diferença na sua colocação apenas com controlo endoscópico, faltando porém estudos comparativos.

Objectivo: Comparação da eficácia e segurança da colocação de PMAE pelos dois métodos.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a colocação de PMAE por disfagia maligna entre 2005-2010, analisando: dados epidemiológicos, tratamentos prévios, procedimento efectuado, complicações agudas (dor, vômito, hemorragia, perfuração e disfagia ≤ 30 dias após inserção PMAE), crónicas (in/overgrowth tumoral, migração, hemorragia, fístula, impactação e esofagite após >30 dias) e sobrevida.

Resultados: Foram colocadas 126 PMAE, 66 sob controlo fluoroscópico (CF) e 60 sob visualização directa (VD). A idade média foi 61,8 anos sendo 74% dos doentes do sexo masculino. As indicações foram: 92,1% estenose e 7,9% fístula esófago-respiratória. Ocorreram complicações agudas em 31 doentes (47%) no grupo CF e 25 doentes (42%) do grupo VD (p0,55): dor - CF 22 vs VD 15 doentes (p0,31); vômito - CF 15 vs VD 9 (p0,27); hemorragia - CF 1 vs VD 2 (p0,50); disfagia - CF 2 vs VD 3 (p0,57). Não ocorreu nenhuma perfuração. Verificaram-se complicações crónicas em 20 doentes (30%) no grupo CF e 22 doentes (37%) no grupo VD (p0,44): in/overgrowth tumoral - CF 13 vs VD 10 (p0,66); migração - CF 5 vs VD 8 (p0,28); hemorragia - CF 2 vs VD 2 (p0,54); fístula - CF 7 vs VD 4 (p0,43); impactação - CF 9 vs VD 8 (p0,96); esofagite - CF 12 vs VD 15 (p0,35). A sobrevida média foi 111,7 dias CF vs VD 105 dias (p0,76).

Conclusões: Não se observaram diferenças quanto à incidência de complicações e sobrevida. A colocação de próteses por visualização directa é na nossa opinião um método eficaz, rápido e facilmente disponível em qualquer unidade de endoscopia.

72

FAMILIARES DE PRIMEIRO GRAU DE DOENTES JOVENS COM CARCINOMA GÁSTRICO APRESENTAM ALTERAÇÕES FENOTÍPICAS E GENOTÍPICAS DE RISCO**Autores:**

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

Instituição

Serviços de Gastroenterologia do Hospital Geral Santo António e do Instituto Português de Oncologia do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP); CINTESIS / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) & Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP)

Resumo

Introdução: Foi anteriormente demonstrado que familiares de primeiro grau de doentes com cancro gástrico têm um aumento da prevalência de lesões pré-malignas em comparação com controlos, mas não há recomendações para o rastreio e diagnóstico precoce destes indivíduos, nem uma caracterização precisa das alterações fenotípicas e/ou genotípicas associadas ao risco de desenvolvimento de cancro do estômago.

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

Material e Métodos: Neste estudo, de carácter prospectivo, foram incluídos familiares de primeiro grau(n=61) de doentes com carcinoma gástrico diagnosticado antes dos 45 anos (idade média: 40,2 anos), 46% do sexo masculino. Os indivíduos foram submetidos a endoscopia digestiva alta com biópsias para avaliação histológica (sistema de Sydney-Houston), cultura de Hp e genotipagem das estirpes de Hp relativamente aos genes *vacA*(região s) e *cagA*; procedeu-se à colheita de sangue periférico para genotipagem dos genes IL1B e IL1RN através de PCR-SSCP.

Resultados: Avaliação fenotípica da mucosa gástrica: foi identificada gastrite crónica atrófica em 26 casos (46,4%) e neoplasia intraepitelial/dislásia em 4 indivíduos (7,1%) (3 dos quais com menos de 50 anos). Variação genética: 61,2% dos participantes eram portadores do alelo T* do gene IL1B e 12,5% homocigóticos para o alelo 2* do gene IL1RN. Infecção e variação genotípica de Hp: observou-se crescimento de Hp em 60% dos casos; foram identificados genótipos de virulência de tipo *vacA*s1 e *cagA*+ em 41,3% e 93,1% dos casos, respectivamente.

Conclusões: Estes resultados preliminares mostram uma elevada prevalência de lesões precursoras de cancro do estômago, do polimorfismo pró-inflamatório do gene que codifica a interleucina 1B e de genótipos de virulência de estirpes de Hp. Irá ser determinado se estes factores poderão conferir risco aumentado de desenvolvimento de carcinoma gástrico nestes indivíduos e eventual agregação deste tipo de neoplasia nas respectivas famílias.

73

COLITE ULCEROSA NO NORTE DE PORTUGAL E GALIZA**Autores:**

Magro F., Barreiro-de Acosta M., Carpio D., Lago P., Echarri A., Cotter J., Pereira S., Gonçalves R., Lorenzo A., Carvalho L., Castro J., Barros L., Dias J.A., Rodrigues S., Portela F., Dias C., da Costa-Pereira A., EIGA e GEDII

Instituição

Hospital São João - Porto

Resumo

Introdução: Os padrões clínicos e terapêuticos da colite ulcerosa (CU) são variáveis em diferentes regiões. O objectivo deste estudo foi examinar duas regiões de dois países próximos do Sul da Europa e observar como as características demográficas e clínicas dos doentes poderão influenciar a gravidade da CU.

Métodos: Um estudo transversal foi realizado durante um período de 15 meses (Setembro 2005 a Dezembro 2006) baseado em dados provindos de dois registos electrónicos de doentes com CU. Os doentes foram estratificados de acordo com a Classificação de Montreal e a gravidade da doença foi avaliada consoante o tipo de terapêutica administrada.

Resultados: Um total de 1549 doentes com CU foi incluído, 1008 (65%) do Norte de Portugal e 541 (35%) da Galiza. Observou-se uma predominância feminina nos doentes Portugueses ($p < 0.001$). A idade mediana ao diagnóstico foi 35 anos e a mediana de anos de doença foi 7. A maioria dos doentes (53%) foram tratados com mesalazina, enquanto 15% estavam sob terapêutica imunossupressora e 3% sob terapêutica biológica. A maioria dos doentes não necessitou de imunomoduladores. A colite extensa foi factor de risco para imunossupressão no Norte de Portugal e Galiza (odds ratio [OR] 2.737, 95% intervalo de confiança [IC]: 1.846-4.058; OR 5.799, 95% IC: 3.433-9.795, respectivamente) e terapêutica biológica na Galiza (OR 6.329, 95% IC: 2.641-15.166). Os doentes jovens apresentavam um curso de doença mais agressiva ao diagnóstico com introdução de imunossupressão mais precocemente em ambas as regiões.

Conclusões: Numa população grande de doentes com CU de dois países do Sul da Europa, a maioria dos doentes não necessitou de terapêutica imunomoduladora, mas a colite extensa foi claramente um factor de risco para doença mais grave.

74

PRÁTICA CLÍNICA NA DOENÇA DE CROHN EM REGIÕES FRONTEIRIÇAS DE DOIS PAÍSES: OPÇÕES MÉDICAS DÍSPARES, EVENTOS CIRÚRGICOS DISTINTOS**Autores:**

Magro F., Barreiro-de Acosta M., Lago P., Carpio D., Cotter J., Echarri A., Gonçalves R., Pereira S., Carvalho L., Lorenzo A., Barros L., Castro J., Amil Dias J., Rodrigues S., Portela F., Dias C., Costa-Pereira A., EIGA e GEDII

Instituição

Hospital São João - Porto

Resumo

Introdução: A doença de Crohn (DC) é multifactorial e os doentes são submetidos a múltiplas opções terapêuticas. O objectivo deste estudo foi comparar duas populações contíguas de países diferentes e determinar se as características clínicas dos doentes condicionam diferentes estratégias terapêuticas e cirúrgicas.

Métodos: Estudo transversal baseado em registos electrónicos de doentes com DC no Norte de Portugal e Galiza.

Resultados: De 1238 doentes, com cinco ou mais anos de doença, 568 (46%) eram do sexo masculino e 670 (54%) do sexo feminino. As populações portuguesas e galegas eram similares em relação às categorias de Montreal: idade de diagnóstico, Localização da doença e comportamento clínico. No Norte de Portugal 47% e 16% dos doentes, e na Galiza 63% e 33%, respectivamente, foram tratados com imunossuppressores e terapêutica biológica. Os doentes Galegos B2 (estenosantes) foram associados à imunossupressão (OR 3.6; IC 2.2-6.1) e terapêutica biológica (OR 1.8; IC 1.0-3.1). Em ambas populações, a doença ileocólica foi relacionada à imunossupressão e à terapêutica biológica, e o grupo de doentes com comportamento penetrante (B3) correlacionou-se com imunossupressão. No Norte de Portugal 44% dos doentes classificados como B2 foram submetidos a cirurgia sem imunomodulação, em contraste com 12% na Galiza. No grupo estenosante da Galiza foi possível manter 16% dos doentes sem cirurgia com imunossupressão e/ou terapêutica biológica adequada e 40% dos classificados como doença penetrante. O delta de cirurgias entre as duas populações foi para o grupo B2 de 8% e para o grupo B3 de 26%.

Conclusões: Estratificar doentes de acordo com a classificação de Montreal identificou padrões clínicos semelhantes em populações geográficas díspares e revelou que terapêuticas médicas distintas poderão condicionar diferentes eventos cirúrgicos.

literatura. Este estudo teve como objectivo avaliar o papel da enteroscopia por videocápsula na abordagem da hemorragia digestiva obscura em doentes em hemodiálise, comparando com um grupo de doentes com clearance de creatinina (ClCr) >60 mL/min.

Material e Métodos: Análise prospectiva de 90 doentes (12 doentes com ClCr <30mL/min, em programa de hemodiálise, e 78 doentes com ClCr >60 mL/min), referenciados para enteroscopia por videocápsula, por hemorragia obscura, num período de 12 meses. Foi determinada a ClCr (método de Cockcroft-Gault) no dia do exame em todos os doentes. As características clínicas dos doentes, os achados na enteroscopia e os dados de seguimento (realização de terapêutica específica, necessidades transfusionais e internamentos) foram comparados entre os 2 grupos.

Resultados: A idade dos doentes e a forma de apresentação da hemorragia digestiva obscura (oculta ou visível) foi semelhante nos 2 grupos. Não se registaram diferenças significativas nos tempos de esvaziamento gástrico e trânsito do intestino delgado, bem como na proporção de exames incompletos/inconclusivos. Salienta-se a menor proporção de enteroscopias normais nos doentes em hemodiálise (17% versus 46%, respectivamente, p=0.031) e a elevada prevalência de angiectasias do intestino delgado diagnosticadas nestes doentes (58% versus 23%, respectivamente, p=0.011). Por análise multivariada, tendo como variável dependente o diagnóstico de angiectasias na enteroscopia, o único factor preditivo da sua ocorrência foi a presença de insuficiência renal crónica avançada (p=0.017, IC95% 0.061-0.758). Os doentes em hemodiálise tiveram maiores necessidades transfusionais e internamentos por recidiva hemorrágica/anemia grave durante o período de seguimento (tempo médio, 7.5 meses).

Conclusões: Este estudo prospectivo revelou uma associação independente entre o diagnóstico de angiectasias na enteroscopia por videocápsula e a insuficiência renal crónica em hemodiálise, em doentes com hemorragia digestiva de causa obscura.

75

ELEVADA PREVALÊNCIA DE ANGIECTASIAS NA ENTEROSCOPIA POR VIDEOCÁPSULA EM DOENTES EM HEMODIÁLISE**Autores:**

Herculano R., Bispo M., Barreiro P., Baginha E., Couto G., Santos S., Chagas C., Lebre L., Bana T., Seves I., Peixe P., Matos L.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz

Resumo

Introdução: O espectro clínico da patologia do intestino delgado nos doentes com insuficiência renal crónica avançada está mal definido na

COMUNICAÇÕES ORAIS IX
12 Junho, 2010
12h00 - 13h00
Sala Fénix I

76

SOBRE-EXPRESSÃO DO MIRNA-143 EM CÉLULAS DO CANCRO DO CÓLON E RECTO REDUZ O CRESCIMENTO TUMORAL DE XENOGRAFOS EM RATINHOS NUDE**Autores:**

Borralho P.M.¹, Gomes S.¹, Lima R.T.^{2,3}, Castro R.E.¹, Vasconcelos M.H.^{2,3}, Rodrigues C.M.P.¹

Instituição

¹Med.UL, Fac. of Pharmacy, Univ. Lisbon; ²IPATIMUP, Univ. Porto;

³Dpt. of Biological Sciences, Fac. of Pharmacy, Univ. Porto

Resumo

A expressão aberrante de microRNAs (miRNAs ou miRs) foi demonstrada em diversas formas de cancro. O miR-143 encontra-se subexpresso no cancro do cólon e recto, assim como noutras formas de cancro. Em estudos anteriores demonstrámos que a sobre-expressão de miR-143 em células HCT116 de cancro do cólon e recto aumenta a sensibilidade ao 5-FU, reduzindo a proliferação e aumentando a apoptose *in vitro*. No presente estudo foi avaliada a relevância do miR-143 quando sobre-expresso em células HCT116, na progressão tumoral de xenograftos em ratinhos nude. Foram produzidas células com sobre-expressão estável de miR-143 (*over-143*) e células controlo (*empty*), as quais foram administradas por via subcutânea em ratinhos nude. Os tumores surgiram ~ 14 dias após a inoculação, sendo a experiência terminada aos 40 dias. Os xenograftos de células *over-143* apresentaram um crescimento tumoral mais lento do que os xenograftos de células *empty*, com volumes menores, desde os 23 dias após inoculação, até ao final da experiência ($p < 0,05$). Os volumes finais foram de 928 ± 338 e 2312 ± 387 mm³ para os xenograftos de células *over-143* e *empty*, respectivamente. Verificou-se, também, que os xenograftos de células *over-143* apresentavam menor expressão de Bcl-2 e aumento de caspase-3 ($p < 0,05$). Estes resultados sugerem que o menor volume tumoral pode, em parte, resultar de um aumento da apoptose induzida pelo miR-143. Estudos para avaliar os índices apoptóticos e proliferativos, bem como a expressão de proteínas envolvidas na proliferação celular, serão importantes para determinar o papel do miR-143 na redução do crescimento tumoral em xenograftos de células de cancro do cólon e recto. Estes resultados reforçam a relevância do miR-143 no cancro do cólon e recto, sugerindo um importante papel no controlo da progressão tumoral *in vivo*, o que expande o seu papel anti-proliferativo, pro-apoptótico e de aumento de sensibilidade a fármacos antitumorais, já demonstrado anteriormente *in vitro*.

77

VALOR DA CITRULINÉMIA NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO INTESTINAL NA SÍNDROMA DO INTESTINO CURTO**Autores:**

Costa B.P., Serôdio M., Rodrigues A., Simões M., Veríssimo C., Grazina M., Sousa F.C.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra (Serviço de Cirurgia III); Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; C.N.B.C.

Resumo

A avaliação da função intestinal é fundamental na definição do prognóstico e na monitorização do tratamento da síndrome do intestino curto (SIC). Diversos estudos sugerem que a citrulinémia pode constituir um parâmetro objectivo e quantitativo da massa enterocitária funcional, em diferentes idades e contextos patológicos. Com o objectivo de analisar o valor da citrulinémia na avaliação da função intestinal na SIC, através da determinação da sua acuidade diagnóstica e da respectiva correlação com o estado de nutrição e outros factores prognósticos, realizou-se um estudo caso-controlo incluindo 11 doentes com SIC, resultante de enterectomia extensa e 11 indivíduos controlo. A citrulinémia foi determinada por cromatografia de troca iónica. No primeiro grupo, seis doentes apresentavam uma síndrome tipo III, cinco encontravam-se na fase de manutenção e nove possuíam autonomia nutricional; a extensão média do intestino residual foi de $87,5 \pm 48,2$ (30-190) cm. A citrulinémia foi inferior nos pacientes com SIC ($28,6 \pm 11,3$ versus $32,2 \pm 6,6$; n.s.), atingindo valores inferiores a $24 \mu\text{mol/L}$ em 45,5% dos casos (vs 9,1%; $p = 0,056$; especificidade=91%; valor preditivo positivo=83%; acuidade=68%). A citrulinémia correlacionou-se com a fase evolutiva (coeficiente Pearson=70,2%; $p = 0,016$) mas não com os parâmetros de avaliação nutricional e de impedância bio-eléctrica; foi inferior nos casos tipo I e sem autonomia nutricional (n.s.). Na análise univariada dos factores preditivos de falência intestinal, a citrulinémia inferior a $24 \mu\text{mol/L}$ aproximou-se do limiar de significância estatística ($p = 0,087$). Os níveis plasmáticos de ornitina evidenciaram uma elevada capacidade preditiva de SIC (aaR.O.C.=83,1%; IC95% 66,1-100; $p = 0,009$); valores inferiores a $78,5 \mu\text{mol/L}$ verificaram-se em 63,6% dos doentes (versus 9,1%; $p = 0,008$; acuidade=77%; odds ratio=6,9). Apesar das limitações relacionadas com a dimensão da amostra, a presente análise sugere que a citrulinémia, embora susceptível de interferências clínicas e analíticas, pode ser útil na definição do prognóstico e monitorização da SIC. Estudos adicionais são necessários para determinar a sua aplicabilidade clínica.

78

TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DO DIVERTÍCULO DE ZENKER: ANÁLISE DA SUA SEGURANÇA E EFICÁCIA A LONGO-PRAZO**Autores:**

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

Instituição

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Hospital da Luz

Resumo

Introdução: Nos últimos anos, a terapêutica endoscópica do divertículo de Zenker surgiu como uma alternativa minimamente invasiva à cirurgia. Os autores apresentam a sua experiência neste procedimento, analisando a sua segurança e eficácia a longo-prazo.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de 21 doentes com divertí-

culo de Zenker submetidos a terapêutica endoscópica, com miotomia do músculo cricofaríngeo com faca de Mori, assistida por diverticuloscópio. Todos os doentes apresentavam disfagia, 14 doentes referiam adicionalmente regurgitação de alimentos não digeridos e um doente apresentava história de pneumonias de repetição. Todos os procedimentos foram realizados sob antibioterapia profilática e sedação profunda, com apoio anestésico. A miotomia do músculo cricofaríngeo com faca pré-corte foi realizada após exposição do septo diverticular através de diverticuloscópio (*ZD overtube-22-30; Wilson-Cook Endoscopy*) e seguida da aplicação de 1 ou 2 hemoclips na base do septo. A eficácia deste procedimento (presença/gravidade dos sintomas) foi avaliada subjectivamente após uma semana, após 1-3 meses e após os 6 meses.

Resultados: Obteve-se sucesso técnico, com colocação do diverticuloscópio e miotomia do cricofaríngeo, em todos os doentes, numa sessão única. Num doente ocorreu hemorragia durante o procedimento, com hemostase eficaz mediante injeção de adrenalina e aplicação de hemoclip. A alimentação oral foi instituída após 24 horas, com alta às 48 horas. Registou-se resolução da disfagia em todos os doentes ao fim da primeira semana e na avaliação entre o 1º e 3º mês. Na avaliação após os 6 meses, 3 doentes referiram recidiva da disfagia, tendo-se realizado uma 2ª sessão de tratamento, com sucesso clínico em 2 destes doentes.

Conclusões: A miotomia endoscópica do septo diverticular de Zenker, após exposição do mesmo com diverticuloscópio, é uma técnica segura e eficaz a longo-prazo.

79

ENTEROSCOPIA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA: GRAU DE CONCORDÂNCIA ENTRE CÁPSULA ENDOSCÓPICA E ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO

Autores:

Pimentel R., Moreira T., Mascarenhas-Saraiva M.*, Salgado M., Cardoso C., Villas-Boas G., Soares J., Castro-Poças F., Pinho R.*, Areias J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santo António, Porto; *ManopH, Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva, Porto

Resumo

Objectivo: Avaliar a concordância entre cápsula endoscópica(CE) e enteroscopia de duplo balão(EDB) na hemorragia digestiva obscura(HDO).

Métodos: Revistos 33 doentes consecutivos que realizaram CE e posteriormente EDB, entre Maio/2003 e Dezembro/2009. Registo de dados clínicos e endoscópicos.

Resultados: Trinta e três doentes incluídos (51.5% mulheres; média de idades 58.5±16.9 anos); HDO aberta em 19(57.6%) casos e HDO oculta em 14(42.4%) casos; hemoglobina mínima: 7.4±1.9 g/dl; 23 (69.7%) doentes foram transfundidos. Via de inserção na EDB: oral em 24(72.7%) doentes,

anal em 4(12.1%), oral e anal em 5(15.2%). Observação completa do Intestino Delgado pela CE em 24(72.7%) casos e pela EDB em 3(9.1%) casos. A CE detectou lesões relevantes em 28(84.8%) casos (angiodisplasias:n=15, 45.5%; erosões/úlceras:n=10, 30.3%; tumor/lesão submucosa: n=3, 9%; outros: n=3, 9%) e a EDB em 22(66.7%) casos (angiodisplasias:n=11, 33.3%; erosões/úlceras: n=8, 24.2%; tumor/lesão submucosa: n=4, 12.1%). No geral, a concordância entre CE e EDB foi insatisfatória (coeficiente kappa=0.2; p=0.17). Concordância em função da patologia: angiodisplasias (k=0.5;p=0.03); tumor/lesão submucosa (k=0.52;p=0.02); erosões/úlceras (k=0.39;p=0.02). Em duas das 5 CE sem alterações a EDB diagnosticou lesões relevantes: angiodisplasia com hemorragia activa e ileíte erosiva. Treze (39.4%) doentes efectuaram tratamento endoscópico (árgon plasma:11; hemostase com adrenalina:2).

Conclusões: No geral não se observou concordância entre CE e EDB, provavelmente devido ao reduzido tamanho da amostra. No entanto, a concordância para angiodisplasias e para tumor/lesão submucosa foi moderada e razoável para erosões/úlceras. A EDB permitiu efectuar terapêuticas, salientando-se que, em dois doentes com CE sem alterações permitiu efectuar diagnóstico e tratamento. A CE e a EDB são dois exames complementares e a sua utilização conjunta poderá permitir uma avaliação mais completa e perspectivar terapêuticas da HDO.

80

FACTORES DE RISCO DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NA HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARIZES ESOFÁGICAS

Autores:

Cerqueira R., Andrade L., Manso M.C., Correia M., Fernandes C.

Instituição

*CHEDV, Hospital São Sebastião - Santa Maria da Feira, Portugal; **Universidade Fernando Pessoa, F. Ciências da Saúde, Porto, Portugal & REQUIMTE.

Resumo

Introdução: A hemorragia digestiva (HD) por ruptura de varizes esofágicas (VE) é uma complicação da cirrose hepática com alta taxa de mortalidade. O objectivo do estudo foi avaliar o valor prognóstico de factores clínicos e analíticos na mortalidade intra-hospitalar (MIH) na HD por ruptura de VE.

Doentes e Métodos: Foram avaliados 102 doentes com internamentos consecutivos por HD por ruptura de VE (idade média 55,4 ± 12,6; 71,6% homens). A endoscopia digestiva efectuou-se nas primeiras 12h com terapêutica endoscópica se hemorragia activa. A terapêutica médica (oc-teotrido ou terlipressina) foi administrada 5 dias. Para cálculo dos scores MELD e Child-Pugh usaram-se os resultados das primeiras análises.

Resultados: A MIH foi 18,6% (19 doentes).

Em análise univariada, os factores de risco de MIH de HD por VE foram transfusão de glóbulos rubros > ou = 2U (p=0,038; OR (IC95%)

= 7,8 [1,2-61,3]], plaquetas < ou = 100/ml [p=0,014; OR (IC95%)= 3,6 (1,2-10,3)], Child-Pugh > ou = 10 [p= 0,002; OR (IC95%)=4,0 (1,2-13,2)] e MELD > ou = 18 [p= 0,044; OR (IC 95%) = 2,8 (1,1-8,1)]. No modelo multivariado de regressão logística mantiveram-se como factores de risco de MIH de HD por VE a transfusão de glóbulos rubros > ou = 2 U [p=0,076; OR (IC95%) = 6,7 (0,82-54,8)], plaquetas < ou = 100/ml [p=0,031; OR (IC 95%) = 3,4 (1,1-10,6) e MELD > ou = 18 [p= 0,048; OR (IC 95%) =3,2 (1,02-10,1)].

A análise ROC dos factores de risco do modelo multivariado de regressão logística produziu uma área de 0,76 (IC95%:0,64-0,88).

Conclusões: A transfusão de glóbulos rubros > ou = 2, plaquetas < ou = 100/ml e MELD > ou = 18 são factores de risco de MIH na HD por VE. O modelo de regressão logística permite predizer correctamente a MIH em 82,2% dos doentes em risco.

81

AVALIAÇÃO FENOTÍPICA DO INTESTINO DELGADO EM DOENTES COM SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS COM VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA

Autores:

Marcos Pinto R.; Salgado M.; Cardoso C., Castro Ferreira J.; Soares J.; Areias J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia. Hospital Geral Santo António. Porto Serviço de Gastroenterologia. Hospital de Pedro Hispano. Porto

Resumo

Introdução: A VideoCápsula endoscópica(VCE) tem mostrado a sua utilidade clínica na avaliação do intestino delgado. Tem sido sugerido a sua importância na avaliação da identificação de pólipos do intestino delgado nas síndromes que cursam com expressão de pólipos neste segmento do tubo digestivo, no entanto as publicações limitam-se a pequenas séries. O trabalho pretende avaliar os achados da VCE em doentes com Síndrome de Peutz-Jeghers.

Material e Métodos: Fazem parte do estudo 10 famílias com um total de 14 indivíduos, 10 dos quais com mutação STK11 identificada. Resultados: no total dos 14 casos foram efectuados 31 exames por VCE. Não foram registadas complicações e em 4 exames a VCE não atingiu o cego. Em todos os exames efectuados foram detectados pólipos. A densidade de pólipos foi maior no jejuno, seguindo-se o íleo e por fim o duodeno. Em 22 dos exames foi identificado pelo menos um pólipo de dimensões superiores a 10mm levando a enteroscopia em 10 doentes a qual confirmou os achados da VCE, sendo que esta subestimou cerca de 25% do total de pólipos de dimensões superiores a 10mm. Nenhum dos doentes na qual a avaliação por VCE prévia foi negativa para pólipos de dimensões superiores a 10mm foi operado por oclusão por pólipos do delgado nos 2 anos subsequentes à realização da mesma.

	Distribuição do número de pólipos nos segmentos por doente			Distribuição do tamanho de pólipos nos segmentos por doente			
	0	1 a 5	6 a 20	>20	<5mm	6-10mm	>10mm
Estômago	6	13	6	6	22	3	0
Duodeno	1	17	7	6	14	7	9
Jejuno	2	5	12	12	12	3	8
Íleon	4	9	12	6	12	3	5

Conclusões: A VCE é um método eficaz e bem tolerado na avaliação do intestino delgado em doentes com Síndrome de Peutz-Jeghers.

Posters

Posters - N^{os} 1 a 120



1

GORDURA VISCERAL E OBESIDADE NA DOENÇA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO**Autores**

Afonso M., Pinto J., Veloso R., Fernandes S., Pinho R., Alberto L., Rodrigues A., Proença L., Freitas T., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Resumo

Introdução: A obesidade foi considerada factor de risco para doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE) nuns estudos mas não noutros. A gordura visceral (GV) poderá ser importante mas não há estudos publicados. A medição de GV por ecografia foi validada por diversos estudos.

Objectivo: Estudar a relação entre a DRGE, GV e os parâmetros de obesidade.

Doentes e Métodos: Estudo em indivíduos não seleccionados submetidos a rastreio de cancro do cólon no período de 1 ano. Inquiridos sobre sintomas de refluxo, consumo de tabaco, álcool e medicamentos. Avaliadas variáveis antropométricas, massa gorda (por impedância), GV e gordura subcutânea (GS). Considerou-se DRGE: sintomas ≥ 2 dias/semana no último ano. Categorizou-se a GV em tercís e segundo "cut-off" de 38mm para obesidade visceral. Estatística: Mann-Whitney, odds-ratio (OR), risco relativo (RR).

Resultados: Incluídos 301 indivíduos, 142 (47,2%) do sexo feminino, idade média $59 \pm 6,5$ anos. Tinham DRGE 47 (15,6%). Foi avaliada GV em 196 pessoas e IMC em 188. A DRGE foi mais prevalente no sexo feminino (razão 2,2:1). Os grupos com e sem DRGE eram semelhantes quanto à idade, consumos de tabaco e álcool. A GV nas mulheres foi menor ($p=0,001$) que nos homens, não havendo diferença para o IMC ($p=0,1$). Apenas no sexo feminino a GV se relacionou significativamente com DRGE ($p=0,000$): para cut-off de 38mm - OR 3,6 (1,3-9,6) e RR 2,6 (1,2-5,6), e comparando 3.º vs 1.º tercil. Não se verificou diferença entre os grupos com e sem DRGE quanto ao IMC, perímetro de cinta e anca, massa gorda e GS.

Conclusões: 1. Nos indivíduos estudados, a gordura visceral constituiu factor de risco para ocorrência de DRGE nas mulheres mas não nos homens. 2. Outros parâmetros de obesidade não foram factores de ocorrência de DRGE em ambos os sexos.

2

REFLUXO REFRACTÁRIO - CARACTERIZAÇÃO POR PHMETRIA - IMPEDÂNCIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO**Autores**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santa Maria-CHLN

Resumo

Introdução: 10% dos doentes com doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) mantêm sintomas sob terapêutica com IBP *bid*. Vários estudos têm demonstrado correlação entre persistência de sintomas e episódios de refluxo não ácido. A impedância combinada com pH-metria permite detectar os episódios de refluxo ácido e não ácido e estabelecer associação sintomática, tendo particular interesse no grupo de doentes refractários.

Objectivo: caracterizar a frequência de refluxo ácido e não ácido e a sua relação com sintomas em doentes com queixas de refluxo refractário sob IBP *bid*.

Métodos: 28 doentes realizaram pHmetria de 24h combinada com impedância. Os episódios de refluxo foram detectados por impedância e classificados em ácidos ($\text{pH} \leq 4$) e não ácidos ($\text{pH} \geq 4$). A relação entre sintomas e episódios de refluxo foi positiva se SAP $\geq 95\%$ ou SI $\geq 50\%$.

Resultados: Incluídos 28 doentes (M/F = 14/14; idade média 55 anos). 64% apresentavam sintomas esofágicos e 35% supraesofágicos. Em 16 doentes (57%) os sintomas apresentados não tiveram relação com episódios de refluxo. Houve associação sintomática positiva em 12 (43%), a maioria com sintomas esofágicos (9/12); 50% apresentaram refluxo não ácido patológico e 50% não apresentaram critérios quantitativos de refluxo patológico apesar da associação sintomática positiva (esófago hipersensível). Não foi detectado refluxo ácido residual em nenhum dos doentes. O sintoma mais frequentemente associado com refluxo não ácido foi a regurgitação.

Conclusão: na maioria dos doentes a persistência de sintomas não está associada a episódios de refluxo. Nos doentes com associação sintomática positiva, o refluxo não ácido e a hipersensibilidade esofágica são os principais mecanismos de persistência de sintomas.

3

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE VARIZES ESOFÁGICAS: EXPERIÊNCIA, EFICÁCIA E IATROGENIA**Autores**

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

Instituição

Hospital de Braga

Resumo

Introdução: A hemorragia por varizes esofágicas é uma complicação grave da cirrose, frequentemente letal. Os programas de erradicação de varizes esofágicas, na prevenção primária e secundária, incluem protocolos de laqueação elástica e/ou escleroterapia.

Objectivo: Rever os últimos 3 anos do programa de erradicação de varizes esofágicas do serviço e analisar os resultados em comparação com outras séries.

Material e métodos: Levantamento e análise estatística dos dados re-

ferentes aos pacientes orientados no programa de erradicação de varizes esofágicas, entre 2007 e 2009 - sexo, idade, número de sessões e periodicidade, tipo de tratamento endoscópico, complicações imediatas e tardias associadas ao procedimento, follow-up quanto à erradicação/recidiva hemorrágica.

Resultados: Foram incluídos 42 doentes, 32 (77%) homens e 10 (23%) mulheres, com média de idade de 55 anos. Em 34 dos pacientes a causa primária da hipertensão portal foi cirrose alcoólica. Contabilizaram-se 94 sessões de tratamento endoscópico programado - 75 laqueações e 19 escleroses. Por doente, realizaram-se em média 2 a 3 procedimentos - entre 1 e 2 laqueações (1,79) e entre 0 e 1 esclerose (0,45). Em 12% das intervenções verificaram-se complicações hemorrágicas - 7 casos peri-procedimento e 5 de hemorragia tardia (24 horas), estes com necessidade de internamento e instabilidade hemodinâmica em 2 das situações. Não houve diferença na associação entre as complicações precoces no tipo de procedimento endoscópico, porém todas as hemorragias tardias se associaram a terapêutica endoscópica com laqueação elástica. Comprovou-se erradicação de varizes em 10 dos doentes, mantendo-se 22 no programa de tratamento endoscópico. Em 21% dos casos, verificou-se recidiva hemorrágica durante o período de tratamento.

Conclusão: O programa de erradicação de varizes esofágicas embora eficaz está associado a iatrogenia precoce e tardia relevante.

4

QUISTO DE DUPLICAÇÃO ESOFÁGICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores

Carvalho J., Torres J., Ferreira R., Pereira M.J., Fernandes A., Mendes S., Ferreira M., Campos M.J.

Instituição

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Resumo

Introdução: Os quistos de duplicação esofágica são anomalias congénitas raras. Resultam de um processo de vacuolização anormal que ocorre durante o desenvolvimento do lúmen esofágico entre a 5ª e a 8ª semana da vida embrionária. São geralmente diagnosticados na infância, associando-se a dificuldade respiratória ou intolerância/recusa alimentar, sendo raros no adulto. Descrevemos seguidamente um caso clínico de um doente com alterações imagiológicas sugestivas.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, de 67 anos, assintomático e sem antecedentes de relevo, com redução da transparência pulmonar à esquerda detectada em radiografia do tórax de rotina. A imagem da TC torácica revelou lesão quística de 52 mm de maior diâmetro, regular, homogénea, lateral ao esófago e sem plano de clivagem com o mesmo, sem outras alterações, colocando-se a hipótese de quisto de duplicação do esófago. Foi solicitado estudo endoscópico que mostrou mucosa esofágica de aspecto normal, identificando-se protuberância de contornos regu-

lares, desde os 25 aos 30 cm dos incisivos. Para uma melhor caracterização foi realizada avaliação por ultrassonografia transendoscópica, onde foi visualizada formação quística adjacente à aorta, mantendo plano de clivagem com a mesma. O doente foi proposto para cirurgia, que aguarda, tratamento de eleição para este tipo de lesões.

Conclusão: Os quistos de duplicação esofágica não complicados são maioritariamente assintomáticos e descobertos incidentalmente em radiografias do tórax. O tratamento cirúrgico está recomendado, não só pelo risco de complicações agudas - hemorragia, perfuração e infeção, bem como pelo risco aumentado de malignização. Novas técnicas minimamente invasivas começam a ser usadas no tratamento destas lesões. Apesar da elevada sensibilidade dos métodos imagiológicos, o estudo histológico permite o diagnóstico definitivo.

5

TUBERCULOSE PRIMÁRIA DO ESÓFAGO

Autores

Lagos A., Marques I., Reis J., Esteves P., Costeiro J., Afonso A., Neves B.

Instituição

Serviço de Gastrenterologia II - Hospital Pulido Valente (CHLN)

Resumo

Os autores reportam o caso de uma doente de 38 anos, sem antecedentes pessoais relevantes.

Recorreu à consulta de Gastrenterologia por odinofagia e dor retroesternal com 2 semanas de evolução, associado a emagrecimento. Ao exame objectivo destacava-se IMC < 18,5. Analiticamente não apresentava alterações. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou aos 28 cm da arcada dentária, lesão ulcerada com cerca de 4 cm, com bordos irregulares, sugestiva de neoplasia esofágica. O exame histológico sugeriu um granuloma mal formado com células gigantes do tipo de Langhans, sem presença de células neoplásicas. Da investigação complementar destaca-se teste de Mantoux inconclusivo, pesquisa de Ac anti-VIH 1/2 negativo, Estudo radiológico do esófago com pequena área focal de rectificação e rigidez parietal, no segmento médio do esófago e TC toraco-abdominal com espessamento parietal do esófago a nível do terço médio. Realizou-se segunda endoscopia digestiva a fim de obter mais material para exame histológico e micobacteriológico. O exame histológico excluiu novamente neoplasia. Tendo em conta a suspeita de tuberculose esofágica, realizou-se o teste de IGRA (interferon gamma release assay) que foi positivo. Com base nos resultados endoscópicos, radiológicos, histológicos e o teste de IGRA positivo, a doente iniciou terapêutica com tuberculostáticos. Duas semanas depois, identificou-se Mycobacterium tuberculosis no exame cultural da biopsia esofágica. A doente ficou assintomática passadas 4 semanas de tratamento. Repetiu-se endoscopia digestiva que revelou pequena lesão ulcerada em fase de cicatrização.

A Tuberculose primária do esôfago, sem envolvimento de outros órgãos é rara. Tendo em conta que os principais sintomas são disfagia, odinofagia e emagrecimento, o tumor esofágico faz diagnóstico diferencial com tuberculose esofágica. O diagnóstico é feito através da identificação do *Mycobacterium tuberculosis* ou de granuloma caseoso clássico.

A maioria dos casos é tratado eficazmente com tuberculostáticos, o atraso no diagnóstico e início da terapêutica dita mau prognóstico.

6

ESOFAGITE HERPÉTICA E ESOFAGITE EOSINOFÍLICA CONCOMITANTES - UM DILEMA DE CAUSALIDADE

Autores

Monsanto P.¹, Almeida N.¹, Cipriano M.A.², Tomé L.¹, Gouveia H.¹, Sofia C.¹

Instituição

1 - Serviço de Gastroenterologia; 2 - Serviço de Anatomia-Patológica Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: Quer a esofagite eosinofílica (EE) quer a esofagite herpética (HE) são referidas como causas de disfagia, sobretudo em adultos jovens do sexo masculino. No entanto, a EH raramente acomete indivíduos imunocompetentes.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um jovem de 20 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor retroesternal, acompanhada de odinofagia, febre e mialgias, com 3 dias de evolução. Negava ingestão de fármacos ou produtos cáusticos. Tinha apresentado um episódio de impacção alimentar alguns meses antes. O electrocardiograma e a radiografia do tórax não revelaram alterações mas, a endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou uma mucosa muito friável e com múltiplas zonas longitudinais erosionadas envolvendo os 2/3 distais do esôfago, sendo efectuadas biopsias e citologia. Foi realizado estudo analítico (leucograma normal), imunológico (IgE discretamente elevada) e serológico (incluindo anticorpos para HIV e HSV tipo I IgG e IgM negativos). O exame histológico das biopsias revelou aspectos morfológicos compatíveis com EH, diagnóstico consolidado posteriormente com seroconversão dos anticorpos HSV tipo I. Foi iniciada terapêutica com aciclovir EV, com melhoria sintomática às 48h.

Em novo controlo endoscópico pós-internamento, sob terapêutica com inibidor da bomba de prótons, observavam-se ainda pequenas erosões lineares esofágicas, cujas biopsias mostravam agora uma morfologia sugestiva de EE, com numerosos eosinófilos intra-epiteliais. Constatou-se também a presença de eosinofilia periférica (947/ μ L). Posteriormente, surgiu novo quadro de desconforto retroesternal, optando-se por iniciar curso de corticoterapia tópica com fluticasona, após exclusão de recorrência da esofagite infecciosa. A resposta clínica foi favorável, encontrando-se agora assintomático.

Conclusões: Este caso demonstra a concomitância de duas patologias esofágicas raras, sendo a avaliação histológica fundamental para o diagnóstico e orientação terapêutica. Não havendo qualquer evidência de imunodeficiência, é razoável admitir que a EH possa constituir uma complicação da própria EE.

7

"BLEEDING & STARVING": COMO OBRIGAMOS OS NOSSOS DOENTES A PASSAR FOME APÓS OS EPISÓDIOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Autores

Meira T., Nunes A., Figueiredo P., Carido J., Garrido J., Santos C., Fonseca J.

Instituição

Comissão de Nutrição/Serviço de Gastroenterologia - Hospital Garcia de Orta

Resumo

Introdução: A Hemorragia Digestiva Alta (HDA) é causa frequente de internamento. A abordagem clínica destes doentes tem sofrido importantes progressos, mas reintrodução da nutrição oral é habitualmente esquecida e só excepcionalmente é abordada na literatura. Este estudo retrospectivo procurou caracterizar, em contexto real, a introdução da alimentação oral após os episódios de HDA.

Material e métodos: Identificaram-se episódios de HDA através dos registos de Endoscopia de 2008. Excluíram-se: (i) HDA durante o internamento (ii) HDA com alta antes das 24 horas. Avaliaram-se os processos dos internados por HDA durante mais de 24 horas. Procurou-se identificar: 1. Características dos doentes e gravidade do episódio, avaliado pela escala de Rockall. 2. Intervalo entre a admissão hospitalar e os registos de intervenção nutricional: (i) prescrição de dieta líquida, (ii) administração de dieta líquida, (iii) prescrição de dieta mole/sólida e (iv) administração de dieta mole/sólida. Procurou-se relacionar as prescrições dietéticas com a gravidade do episódio.

Resultados: Durante 2008, 138 doentes foram internados por HDA durante mais de 24 horas. Encontraram-se registos de: (i) prescrição de dieta líquida em 54 doentes, (ii) administração de dieta líquida em 52, (iii) prescrição de dieta mole/sólida em 18, (iv) administração de dieta mole/sólida em 20. Em 3 doentes encontraram-se os 4 registos procurados; em 9 encontraram-se 3 registos; em 32, 2 registos; em 41, 1 registo; em 53 doentes, nenhum. Iniciou-se alimentação no 1.º dia em 19% dos doentes com registos, no 2.º dia em 33%, no 3.º em 35% e 13% até ao 8.º dia. Não se identificou relação da gravidade com o intervalo até ao início da nutrição oral.

Conclusões: No contexto da HDA, os registos de prescrição dietética e de alimentação foram muito incompletos. Quando presentes, evidenciaram um excessivo período de jejum sem relação com a gravidade do episódio de HDA.

8

HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EM IDOSOS COM 80 OU MAIS ANOS DE IDADE**Autores**

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

Instituição

Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António

Resumo

Introdução: A incidência da hemorragia digestiva (HD) aumenta com a idade. A eficácia e segurança da abordagem endoscópica na HD aguda encontra-se documentada. A maior longevidade das populações obriga a reflectir sobre esta estratégia no idoso.

Objectivos: Identificação das causas de HD aguda e avaliação da sua abordagem endoscópica, em doentes idosos.

Material e métodos: Análise retrospectiva relativa aos doentes com 80 ou mais anos, referenciados para endoscopia digestiva de urgência por HD, suspeita ou confirmada, no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2009. Foram estudados os achados endoscópicos, a necessidade de terapêutica endoscópica e seus resultados.

Resultados: Incluídos 161 doentes, 59% do sexo feminino, 62 % submetidos a endoscopia digestiva alta (EDA) e 38% a endoscopia digestiva baixa (EDB). Na EDA, a causa para a HD foi atribuída a Doença Ulcerosa Péptica em 44% e não foi objectivada lesão potencialmente sangrante em 23%. Dentro da etiologia ulcerosa, 32% correspondiam a hemorragia activa (Forrest IA e IB) e 51% foram classificados como Forrest IIC e III. Na EDB, a etiologia para a HD revelou-se inconclusiva em 39%, sendo a doença diverticular responsável por 22% dos casos. Efectuou-se terapêutica endoscópica em 29% das EDA e em 9% das EDB, sendo a eficácia total de 93% e a necessidade cirúrgica de 7%. A sobrevida foi de 90%. A mortalidade, apenas verificada na HD alta, cifrou-se em 3 % como consequência do evento hemorrágico e 7 % por causa não relacionada.

Conclusões: O conhecimento das lesões gastrointestinais que mais frequentemente originam HD no idoso é crucial. Neste, a abordagem endoscópica é segura e eficaz. Apesar destes resultados serem concordantes com a literatura médica actual, ressalta o número elevado de exames inconclusivos. Releva-se, assim, o desenvolvimento de algoritmos baseados na evidência, para a realização de exames endoscópicos.

9

MORTALIDADE EM DOENTES COM ÚLCERA PEPTICA SANGRANTE**Autores**

Duque G., Amaro P., Ferreira M., Freire P., Gradiz R., Romãozinho J.M., Sofia C.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: Apesar do decréscimo da incidência da úlcera péptica sangrante (UPS) e dos avanços endoscópicos e farmacológicos no seu tratamento, a mortalidade a nível mundial permanece ainda entre 5-10%.

Objectivos: Investigar as causas de morte nos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia (UCIGE) por UPS.

Material e métodos: Estudo retrospectivo englobando doentes internados numa UCIGE durante o período de Março de 1992 a Setembro 2009. Efectuada análise demográfica, achados endoscópicos, terapêutica farmacológica, endoscópica e/ou cirúrgica instituída. Foram considerados 2 grupos no que diz respeito à causa de morte: relacionada com hemorragia (engloba hemorragia não controlada, durante cirurgia ou complicações pós-cirúrgicas) e não relacionada com hemorragia. Realizada análise estatística com SPSS 17 quando indicado.

Resultados: Identificados 668 doentes. A mortalidade global foi de 8,7% (58). As mortes relacionadas com hemorragia ocorreram em 17,3% (10). Em 82,7% (48) os óbitos foram devidos a: complicações cardiorespiratórias (58,6%), sepsis (12,1%), falência multiorgânica (10,3%) e doença terminal (1,7%). A idade média dos doentes com causa de morte relacionada com hemorragia foi inferior (74,3 ±13,7 anos) que nos restantes (77,4 anos ±11,8 anos); esta diferença não revelou ter significância estatística. Por seu lado, a escala de Rockall média foi superior no primeiro grupo de doentes (7,6±0,8 vs 7,12 ±1,7); esta diferença também se revelou ausente de significado estatístico.

Conclusão: A maioria das mortes em contexto de UPS não está relacionada com sequelas directas da hemorragia. A optimização do seu tratamento deverá ter como objectivo não só a eficácia na hemostase como também a implementação de estratégias capazes de reduzir a ocorrência de falência multiorgânica, patologia cardio-pulmonar e patologia infecciosa.

10

LESÕES DE DIEULAFOY: ANÁLISE CLÍNICA, ENDOSCÓPICA E PROGNÓSTICO**Autores**

Barreiro P., Barjas E., Maldonado R., Valente A., Palma R., Alexandrino P.

Instituição

Hospital Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Resumo

Objectivo: As lesões de Dieulafoy podem ser observadas em diferentes localizações do tubo digestivo, sendo por vezes de difícil diagnóstico. A terapêutica endoscópica tem-se revelado eficaz na maioria dos casos.

Os autores propuseram-se avaliar as manifestações clínicas, localização, terapêutica endoscópica e prognóstico das lesões de Dieulafoy.

Métodos: Análise retrospectiva de 20 doentes admitidos numa unidade de cuidados intensivos por hemorragia digestiva associada a lesões de Dieulafoy entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2009 com base na revisão dos processos clínicos e entrevistas telefónicas.

Resultados: As lesões de Dieulafoy corresponderam a 1.6% de todas as hemorragias digestivas nesse período (60% do sexo masculino; idade média de 62 anos). Treze doentes (65%) apresentavam comorbilidades associadas e 10 doentes (50%) consumo de anti-agregantes plaquetários e/ou anticoagulantes. Registou-se instabilidade hemodinâmica em 60% dos doentes (transfusão média 4 UCE). A maioria das lesões foram observadas no estômago (n=14; 9 no segmento proximal) e as restantes no bulbo (n=5) e recto (n=1). Foi necessária mais do que uma endoscopia em 6 doentes (média de endoscopias de 1,4) para identificação da lesão. Realizou-se terapêutica endoscópica em 18 doentes, com eficácia em 17 doentes (94%). Utilizaram-se diferentes técnicas de hemostase endoscópica (injecção, mecânica e térmicas), isoladas ou combinadas, registando-se, somente, 1 caso de recidiva hemorrágica. Houve necessidade de intervenção cirúrgica em 3 doentes (15%): um por falência da terapêutica endoscópica, outro por elevado débito hemorrágico impossibilitando a visualização adequada e outro por não se identificar a lesão endoscopicamente (doente com lesão do recto). O follow-up médio foi de 40 meses, não se registando recidivas hemorrágicas após alta hospitalar.

Conclusão: A localização das lesões de Dieulafoy é variável sendo mais frequente no estômago proximal. A terapêutica endoscópica relevou-se eficaz, não se observando superioridade de nenhum método sobre outro.

11

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E HIDROCELO INFECTADO: UMA RELAÇÃO POUCO PROVÁVEL

Autores

Ramos A., Caldeira P., Sousa A., Peixe B., Velasco A., Guerreiro H.

Instituição

Hospital de Faro -Serviço de Gastroenterologia

Resumo

Introdução: As metástases para o tubo digestivo podem surgir por invasão directa a partir de órgãos adjacentes, por disseminação hematogénea ou linfática. Cerca de 20% de todos os doentes com tumores extra-intestinais apresentam metástases para o tubo digestivo. No entanto, em apenas 2% destes, são observadas metástases gástricas, reflectindo deste modo a raridade do fenómeno. As metástases para o estômago têm habitualmente origem em tumores da mama, pulmão ou melanoma. A metastização gástrica com origem em tumores do testículo constitui, por sua vez, um evento de maior raridade.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 59 anos, sem patologia prévia conhecida, internado por aumento progressivo do volume testicular à direita, com cerca de um mês de evolução, acompanhado de dor. Admitiu-se diagnóstico de hidrocele infectado. Durante o internamento, iniciou melenas em pequena quantidade, sem repercussão hemodinâmica. Foi efectuada videoendoscopia digestiva alta que mostrou 12 úlceras gigantes em vulcão, dispersas pelo corpo e fundo gástricos, sem estigmas de hemorragia. O exame histológico mostrou infiltração por células B de linfoma. O doente foi submetido a orquidectomia inguinal direita, que confirmou linfoma não Hodgkin de células B. Foram igualmente documentadas metástases pulmonares. Foi iniciada quimioterapia. Um mês depois, observa-se novo episódio de hemorragia digestiva alta. O exame endoscópico mostrou os mesmos depósitos secundários, embora com coágulos escuros não destacáveis por lavagem, e portanto, não passíveis de terapêutica endoscópica. Verificou-se resolução espontânea da hemorragia. O doente permanece em programa protocolado de quimioterapia, sem novos episódios de hemorragia digestiva.

12

RETIRADO POR SOLICITAÇÃO DO AUTOR

13

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EM DOENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL

Autores

Velosa M., Silva R., Ladeira N., Jardim I., Câmara R., Oliveira S., Cordeiro M., Teixeira R.

Instituição

Serviço Gastroenterologia Hospital Central do Funchal

Resumo

Introdução: A imunodeficiência comum variável (ICV) é resultante de alteração na diferenciação de linfócitos B, com diminuição da secreção de imunoglobulinas. Caracteriza-se por diminuição da concentração total de IgG e também de IgA e/ou IgM, fraca resposta ou ausência de resposta à imunização e ausência de qualquer outra etiologia definida de imunodeficiência. Trata-se por isso um diagnóstico de exclusão, que no entanto representa a forma mais comum de deficiência de anticorpos em crianças e adultos. Além de maior susceptibilidade a infecções estes doentes também tem maior risco para o desenvolvimento de neoplasias, nomeadamente linfoma e adenocarcinoma gástrico. Os autores descrevem o caso clínico de uma doente do sexo feminino com 37 anos de idade com antecedentes de ICV desde há 8 anos, diagnóstico prévio de hiperplasia nodular linfóide, queixas de diarreia crónica intermitente, referenciada ao Serviço de Gastroenterologia para endoscopia digestiva alta (EDA) de controlo. Na altura, a doente negava

queixas gastro-intestinais de novo. A EDA revelou mucosa com áreas de aspecto papuloso dispersas em todo o estômago (achados já encontrados na última endoscopia) e ao nível do corpo, transição grande de curvatura/face posterior, 3 úlceras de fundo fibrinoso, a maior com 4 mm de diâmetro, cuja biópsia demonstrou tratar-se de adenocarcinoma tubular pouco diferenciado com presença de células em "anel de sinete". Fez ecoendoscopia alta e posteriormente foi submetida a gastrectomia total alargada com omentectomia, esplenectomia e pancreatectomia caudal com esofagojunostomia Y de Roux, com estadiamento T1aN0M0.

14 ANAFILAXIA AO OMEPRAZOL EM DOENTE COM HISTÓRIA FAMILIAR DE NEOPLASIA GÁSTRICA

Autores

Geraldo Dias J., Costa A.C., Caiado J., Duarte F., Pedro E., Branco Ferreira M., Pereira Barbosa M.

Instituição

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria.

Resumo

Introdução: Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) são amplamente usados e têm uma baixa incidência de reacções adversas. Embora as reacções de hipersensibilidade imediata induzidas pelo omeprazol e outros IBPs sejam raras, já foram descritas várias reacções anafiláticas.

Caso Clínico: Sexo feminino, 37 anos, sem história pessoal ou familiar de atopia, referenciada ao Serviço de Imunoalergologia por episódio de urticária da face e membros, náuseas, vômitos e dispneia, 10 horas após ibuprofeno oral (600mg) e 20 minutos após omeprazol 20mg (prescrito para faringite aguda). Sem história de hipersensibilidade medicamentosa conhecida ou toma concomitante de outros fármacos. Tinha tomado anteriormente omeprazol com boa tolerância e não sabia precisar se já tinha tomado ibuprofeno. Antecedentes pessoais: queixas dispépticas ocasionais; erradicação de *Helicobacter pylori* há 5 anos; EDA há 1 ano: *Helicobacter pylori*, sem outras alterações; medicação: omeprazol em SOS. História familiar de neoplasia gástrica (avô paterno e 2 tias paternas) e úlcera péptica (6 familiares). Investigação imunoalergológica: IgE total: 37 UI/ml (normal); testes cutâneos com omeprazol (em picada e intradérmicos) positivos; prova de provocação (PP) com omeprazol: anafilaxia (urticária, tosse, náuseas e hipotensão) 5 minutos após 10mg de omeprazol; testes cutâneos com pantoprazol positivos, com lansoprazol e esomeprazol negativos. Programada PP com lansoprazol. A doente autotomicou-se com ibuprofeno oral em casa sem reacção.

Discussão: Apesar dos IBPs serem amplamente usados e geralmente bem tolerados, podem observar-se reacções anafiláticas, tal como a reacção desta doente após ingestão de omeprazol. O quadro clínico e a po-

sitividade dos testes cutâneos com omeprazol, sugerem o envolvimento de um mecanismo IgE mediado. A positividade dos testes cutâneos com pantoprazol sugere reactividade cruzada entre IBPs (como tem sido descrito por outros autores), pelo que está recomendado um estudo alérgico com testes cutâneos e eventual prova de provocação, antes de oferecer outro IBP como alternativa válida e segura.

15 FÍSTULA GASTRO-CÓLICA: COMPLICAÇÃO TARDIA DE BANDA GÁSTRICA MIGRADA?

Autores

Ferreira F., Marques M., Rodrigues S., Sarmiento A. Macedo G.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Hospital de São João

Resumo

Introdução: A colocação laparoscópica de banda gástrica é um procedimento minimamente invasivo frequentemente utilizado no tratamento da obesidade mórbida, tratando-se de um procedimento seguro e eficaz. As complicações da banda gástrica são raras porém estão descritos casos pontuais de migração para o estômago ou cólon.

Caso Clínico: Doente de 32 anos, do sexo feminino, com antecedentes de hipotireoidismo e medicada com levotiroxina. Em 2001 por obesidade mórbida, colocou banda gástrica, com boa evolução clínica e com redução do índice de massa corporal inicial. Quatro anos após a colocação da banda verificou-se aumento do peso e iniciou queixas de mau estar abdominal pelo que foi realizada EDA que revelou banda parcialmente migrada; em Fevereiro de 2006 foi removida a banda por endoscopia.

Posteriormente teve uma gravidez de termo, foi submetida a cesariana, que decorreu sem aparentes intercorrências.

Após a gestação iniciou queixas de dor abdominal associada a eructações frequentes com sabor fétido, sem vômitos ou náuseas. Realizou três EDA com jejum prolongado (superior a 24 horas) que foram sempre inconclusivas por presença de conteúdo alimentar/líquido. Efetuado por esse motivo trânsito esófago-gastro-duodenal contrastado que mostrou fístula gastro-cólica. A EDA confirmou fístula com cerca de 9-10 mm de diâmetro na vertente anterior e superior do fundo gástrico, permitindo a passagem do endoscópio para cólon, com visualização de fezes moldadas. A TC abdominal confirmou fístula gastro-cólica, de dupla saída, com íntimo contacto do ângulo esplénico do cólon com o fundo gástrico, mostrando ainda alterações inflamatórias difusas da parede do cólon e estômago. A doente foi submetida a correção cirúrgica por laparoscopia, tendo recuperado sem sequelas, apresentando actualmente 15 meses de follow-up.

Conclusões: Este caso é original pela sua evolução e tempo de latência de cerca de 3 anos entre remoção da banda e a demonstração da fístula gastro-cólica.

16

FITOBEZOAR GÁSTRICO E INTESTINAL COMPLICADO**Autores**

Caldeira A., Usurelu S., Pereira B., Pais T., Mega M., Melo G., Sousa R., Banhudo A.

Instituição

Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco

Resumo

Introdução: Os fito bezoares são constituídos por derivados de vegetais e frutas ingeridos mas não digeridos. A sua ocorrência é rara, apresentando variação regional e temporal relacionada com a maior prevalência de ingestão de alimentos formadores de bezoares (laranja, ananás, diospiros).

Caso Clínico: Mulher, 63A, recorreu à urgência por epigastralgia, náuseas e vômitos de conteúdo biliar desde há 4 dias. Antecedentes irrelevantes. Sem medicação no domicílio. Referia ingestão de 4/5 diospiros por dia na última semana. Foi realizada EDA tendo sido visualizados, além de uma pequena úlcera na incisura, 2 fito bezoares de grandes dimensões na cavidade gástrica, o maior com 10cm. Várias tentativas de fragmentação com ansa de polipectomia e pinça de corpos estranhos, revelaram-se infrutíferas. A doente foi proposta para cirurgia e submetida a gastrotomia com extracção de 2 fito bezoares da cavidade gástrica. O internamento decorreu sem complicações tendo alta clínica 5 dias depois. 2 semanas depois, a doente recorreu, novamente, à urgência com quadro clínico semelhante, associado a diminuição na frequência de emissão de gases e fezes. Na palpação abdominal, referia dor na região umbilical, sem irritação peritoneal. A radiografia abdominal simples em pé demonstrou distensão gasosa sem níveis hidroaéreos no intestino delgado. A EDA não apresentava alterações importantes até à 3ª porção duodenal. Decidiu-se realizar laparoscopia exploradora. Na cirurgia constatou-se obstrução intestinal por bezoar, com 5cm, localizado no jejuno proximal, que se extraiu mediante enterotomia.

Conclusão: Além da ingestão excessiva de fibra, existem numerosos factores de risco para a formação de bezoares. Surgem, geralmente, no contexto de estenoses, cirurgia gástrica, patologias que condicionam dismotilidade ou doença psiquiátrica; nenhuma foi identificada no caso descrito. A fragmentação do bezoar e extracção por via endoscópica é, muitas vezes, tecnicamente difícil e morosa, constituindo um desafio para o endoscopista. A resolução cirúrgica é uma alternativa eficaz, a que, por vezes, é preciso recorrer.

17

ENVOLVIMENTO GASTRODUODENAL GRAVE ASSOCIADO A SÍNDROME DE HIPERINFECÇÃO POR STRONGYLOIDES STERCORALIS**Autores**

Nunes J., Santos L., Correia L., Paulo S., Valente A., Palma R., Barjas E., Dias M.S., Alexandrino P., Velosa J.

Instituição

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

Resumo

A infecção crónica pelo *Strongyloides stercoralis* (*S. stercoralis*) é frequente nos países subdesenvolvidos, sendo habitualmente assintomática. Durante imunossupressão pode ocorrer parasitose disseminada (síndrome de hiperinfecção), uma condição rara e potencialmente fatal. A destruição da mucosa digestiva pela rápida replicação do parasita pode manifestar-se com diarreia, ou muito raramente, hemorragia digestiva. Doente de 55 anos, natural da Guiné-Bissau. Em Janeiro de 2009 iniciou quadro de anorexia, emagrecimento, febre e disfagia. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA): candidíase esofágica, hiperémia do antro e presença de exsudado esbranquiçado no duodeno. As biopsias esofágicas confirmaram presença de *Candida albicans* e as biopsias duodenais mostraram processo inflamatório com predomínio de eosinófilos. A investigação do quadro consumptivo incluiu serologias do VIH, tendo sido detectada infecção a VIH 2 (CD4 45 céL/mm3). Iniciou terapêutica antiretroviral com Truvada® (emtricitabina/tenofovir) e Kaletra® (lopinavir/ritonavir) e fluconazol. Após o início desta terapêutica, surgiu quadro de vômitos incoercíveis, que não respondeu ao ajuste na terapêutica antiretroviral, pelo que foi internado. A EDA revelou gastroduodenite inespecífica, cujas biopsias demonstraram numerosas formas de *Strongyloides stercoralis*, tendo sido iniciado albendazol. Durante o internamento, verificou-se agravamento clínico, com hipotensão, febre e aparecimento de hematemeses de sangue vivo, motivo pelo qual foi transferido para a UCIGEH. Iniciada cobertura antibiótica de largo espectro (meropenem, vancomicina) e caspofungina. A EDA mostrou ulceração hemorrágica difusa da mucosa gástrica e duodenal, com zonas de aspecto necrótico (vídeo). Dada a baixa biodisponibilidade da terapêutica oral, foi iniciada ivermectina subcutânea (aprovada apenas para uso veterinário) após obtenção do consentimento da família e comissão de farmácia hospitalar. O doente faleceu em menos de 24 horas da admissão na UCIGEH por choque séptico refractário (posteriormente obteve-se resultado de hemoculturas: *E. faecium* resistente à vancomicina). A autópsia confirmou necrose gástrica com numerosas formas de *Strongyloides Stercoralis*.

18

STRONGYLOIDIASE GÁSTRICA E GIARDIASE INTESTINAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO INVULGAR**Autores**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Serviço de Anatomia Patológica (*) do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. - HG

Resumo

O *Strongyloides stercoralis* é um parasita endêmico de áreas tropicais e sub-tropicais. Afecta geralmente o intestino delgado, sendo raro o envolvimento gástrico. A infecção assintomática pode persistir durante anos e reactivar em situações de imunodepressão. A associação a outras infecções também tem sido descrita. Os autores descrevem o caso de um doente, 64 anos, internado por intolerância alimentar, náuseas e vômitos com 3 semanas de evolução, anorexia e emagrecimento. Nevava diarreia, febre e dor abdominal. Apresentava antecedentes de Carcinoma epidermóide do pulmão (Fev/2009) pelo que foi submetido a Quimioterapia e Radioterapia. História de residência na Guiné (1970-1972). Ao Exame Objectivo salientavam-se palidez, desidratação, desnutrição acentuada, hipotensão, e hipofonese pulmonar. Analiticamente: anemia normocrômica normocítica (Hb:10.7g/dL), leucocitose (28400 μ L), neutrofilia (89.6%), PCR 8mg/dL, eosinófilos normais, esfregaço sugestivo de processo infeccioso, hiponatremia, hipoalbuminemia e hipocalcémia. A EDA revelou: mucosa esofágica congestiva e eritematosa, gastropatia congestiva e eritematosa com pregas gástricas proeminentes e mucosa de aspecto granular, bulbopatia congestiva e eritematosa com exsudato fibrinoso punctiforme. A histologia revelou: esofagite ráctica; gastrite crónica atrofica e metaplasia intestinal com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, com alguns eosinófilos e presença de estruturas de *Strongyloides* dentro das glândulas e criptas.

A microbiologia de biopsias gástricas foi positiva para *Strongyloides*. As coproculturas foram negativas e o exame parasitológico das fezes positivo para *Giardia lamblia*. Pelos diagnósticos de Gastrite por *Strongyloides* e enterite por *Giardia* iniciou terapêutica com Albendazol e Metronidazol. Constatou-se melhoria clínica e analítica, com tolerância à dieta e alguma recuperação nutricional. O caso apresentado demonstra que a infecção por *Strongyloides* deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes imunodeprimidos e com neoplasias, que se apresentam com sintomatologia digestiva. Salienta-se ainda a importância do seu diagnóstico e tratamento precoces pelo risco de disseminação e elevada mortalidade. Apresenta-se Iconografia Endoscópica e Histológica.

19**HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS****Autores**

Barreiro P., Bispo M., Barjas E., Maldonado R., Valente A., Palma R., Alexandrino P.

Instituição

Hospital Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Resumo

Objectivo: Os autores propuseram-se avaliar as causas, abordagem diagnóstica e terapêutica dos doentes com HDM.

Métodos: Análise retrospectiva de 28 doentes admitidos numa unidade de cuidados intensivos por HDM entre 1 de Janeiro de 2003 e 31 de Dezembro de 2009, através da revisão dos processos clínicos e entrevistas telefónicas.

Resultados: Do total das hemorragias digestivas no período referido, 3% foram HDM confirmadas (n= 28; 64% no sexo masculino; idade média de 66 anos; 89% apresentavam consumo de AINE's, antiagregantes e/ou anticoagulantes). Observou-se instabilidade hemodinâmica em 89% dos doentes (transfusão média 4,4 UCE). As angiectasias foram a principal etiologia (n=13) seguida da enteropatia medicamentosa (n=5), tumores (n=4), doença de Crohn (n=2), enteropatia a Citomegalovírus (n=2), enteropatia hipertensiva portal (n=1) e doença de Beçhet (n=1). Foram efectuados em média 3,9 exames complementares dirigidos (endoluminais ou imagiológicos) até se obter o diagnóstico e eficácia terapêutica. A enteroscopia por videocápsula foi o principal método diagnóstico identificando a causa em 20 doentes (71%). Realizou-se terapêutica local em 13 doentes (46%): 6 com terapêutica endoscópica (eficaz em 4 casos) e 9 com ressecção cirúrgica do segmento afectado. O tratamento cirúrgico foi mais comum nos doentes que desenvolveram choque hemorrágico durante o internamento (presente em 38% nos doentes operados vs 5% nos doentes não operados; p < 0,05) ou tinham outra causa que não angiectasias (47% dos doentes cuja causa não eram angiectasias necessitaram de cirurgia vs 8% dos doentes com angiectasias; p < 0,05). O período de follow-up médio foi de 27 meses. Sem mortalidade associada a hemorragia.

Conclusão: As angiectasias foram a principal etiologia. A ressecção cirúrgica foi necessária em 32% dos doentes tendo sido mais comum nos doentes que desenvolveram choque hemorrágico durante o internamento ou tinham outra causa que não angiectasias.

20**HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAIXAS AGUDAS NOS HOSPITAIS DISTRITAIS EM PORTUGAL: ESTUDO PROSPECTIVO****Autores**

Arroja B., Cremers M.I., Ramos R., Pedrosa J., Glória L., Rosa I., Cardoso C., Tristan J., Eliseu L., Fonseca C., Marinho C., Serrão G., Cancela E., Rego A.C., NGHD

Instituição

HSA, CHCB, CHBA, CHTS, HAL, HCF, HSB, HST, HDF, HDS, HDES, HES, HGA

Resumo

Introdução: A hemorragia digestiva baixa (HDB) é um evento comum com múltiplas causas subjacentes descritas apesar de serem relativamente escassos os trabalhos prospectivos reportados na literatura acerca desta patologia. Tem sido cada vez mais descrita a utilidade das técnicas hemostáticas endoscópicas neste contexto.

Objectivo: Caracterizar as HDB registadas em hospitais distritais de Portugal pertencentes ao NGHD, através de um estudo prospectivo observacional, descritivo e multicêntrico.

Material e métodos: Recolha de dados no período entre Abril/2008-Maio/2009, com registo em base electrónica e análise estatística com software SPSS®.

Resultados: Registaram-se 371 episódios hemorrágicos distribuídos por 364 doentes. 51.6% de casos do sexo masculino, com idade média de 72 anos. Em 86.8% dos casos os doentes foram provenientes do exterior do hospital e apresentavam critérios de instabilidade em 28.4 % das situações. Na primeira abordagem endoscópica baixa optou-se pela fibroscopioscopia em 61.3% dos casos e pela colonoscopia total em 38.7%. Recorreu-se a sedação em 11.3% destes exames. De todos os doentes, 28.9% necessitaram de segundo exame endoscópico baixo. Em 22.2% de todos os exames efectuados aplicaram-se técnicas de hemostase endoscópica.

A causa da hemorragia foi identificada em 93.2% dos pacientes, sendo as patologias mais frequentes colite isquémica (23.8%), divertículos (21.1%), neoplasia (13.5%).

Transfusões realizadas em 35.1%; cirurgia em 7.9% e taxa de mortalidade de 2.2%.

Verificou-se maior mortalidade em doentes hospitalizados e sob terapêutica heparinóide ($p < 0.05$).

Conclusões: A HDB é uma patologia frequente em indivíduos com mais de 70 anos e com uma baixa taxa de mortalidade. Apesar de a hemorragia cessar espontaneamente na maioria das situações, as técnicas endoscópicas são importantes numa fracção considerável de doentes.

21

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA DE CAUSA OBSCURA. UMA HISTÓRIA COM EPÍLOGO?

Autores

Loreto H.¹, Lopes J.², Azevedo S., ²Macedo T., Lobo L.³, Mourato P.¹, Lopes A.I.¹

Instituição

¹Unidade de Gastroenterologia Pediátrica - Departamento da Criança e da Família, ²Serviço de Gastroenterologia, ³Serviço de Imagiologia, Hospital Santa Maria- CHLN

Resumo

Introdução: A incidência de hemorragia digestiva (HD) baixa grave em pediatria é desconhecida. A etiologia provável é variável de acordo com grupo etário e contexto clínico. No adolescente as principais etiologias são: doença inflamatória intestinal; pólipos; divertículo de Meckel e lesões angiodisplásicas. Na presença de doença hepática crónica, a hipertensão portal constitui principal etiologia.

Caso Clínico: Adolescente do sexo feminino, 16 anos, etnia cigana, se-

guida em consulta de Gastroenterologia Pediátrica por hepatite autoimune tipo I, com múltiplas complicações e internamentos para estabilização da doença. Em início de 2009, constatada anemia com componente de ferropenia (Hb 7-9.5 g/dL), sem perdas GI visíveis. Excluídas, entre outras entidades, d. celíaca e gastrite autoimune. Endoscopia não realizada (recusa parental). Em Setembro de 2009, 1º episódio de hematoquezia/rectorragia, com compromisso hemodinâmico (Hb: 3,1 g/dL). Episódio de idêntica gravidade 20 dias depois. Exame objectivo: palidez acentuada, sem hepatoesplenomegalia ou circulação colateral abdominal, moderado debrum hemorroidário, sem hemorragia activa. Avaliação complementar (estudo da coagulação, eco-doppler hepático-esplénico, cintigrafia para pesquisa de divertículo de Meckel, estudo endoscópico com videocápsula, angio-TAC abdomino-pélvica e enterorressonância magnética) normal ou inconclusiva. Em Novembro de 2009 realizada nova videocápsula, evidenciando pequenas lesões angiodisplásicas (cólon proximal). Submetida a cauterização endoscópica, constatando-se adicionalmente "anel" hemorroidário volumoso e sangrante, igualmente cauterizado. Desde então sem evidência de HGI, com estabilidade dos valores de hemoglobina (Hb 10,1g/dL, ferritina 9.5 ng/dL).

Discussão: O presente caso exemplifica a difícil abordagem da HD de causa obscura em idade pediátrica, bem como o "pesado" e inevitável percurso investigacional. Comentam-se suas particularidades, a necessária prudência em estabelecer um diagnóstico conclusivo perante a gravidade clínica e a possibilidade de contribuição etiológica da doença hemorroidária e angiodisplásica em idade pediátrica.

22

DOENÇA CELÍACA EM FAMILIARES DIRECTOS DE CRIANÇAS CELÍACAS

Autores

Oliveira A.¹, Lima R.¹, Costa S.¹, Soro I.¹, Regadas R.¹, Cardoso H.², Cunha A.L.³, Carneiro F.³, Vaz B.¹, Trindade E.¹, Amil Dias J.1

Instituição

¹Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Hospital São João, Porto ²Serviço de Gastroenterologia, Hospital São João, Porto ³Serviço de Anatomia Patológica, Hospital São João, Porto

Resumo

Objectivo: Determinar a prevalência da doença celíaca em familiares directos de crianças com DC seguidas na Unidade de Gastroenterologia Pediátrica de um Hospital de referência da região Norte.

Metodologia: Foi realizado o rastreio da DC a familiares directos, durante um período de 12 meses, mediante a utilização de um teste rápido capilar imunocromatográfico para a detecção de anticorpos IgA anti-transglutaminase (anti-tTG). Nos casos em que este teste foi positivo, aconselhou-se a investigação adicional com o doseamento serológico dos anticorpos anti-tTG e biopsia endoscópica duodenal.

Resultados: Realizou-se o rastreio a 219 familiares directos (198 pais,

21 irmãos) correspondentes a 156 crianças com DC. Dos familiares testados, nove (4.1%) tiveram resultado positivo e um revelou défice de IgA (0.5%). Dois familiares recusaram prosseguir a investigação adicional (um com rastreio positivo e outro com défice de IgA). Nos restantes familiares com teste positivo (n=8) realizou-se a investigação adicional, e diagnosticou-se DC em cinco familiares directos (2.3%). Estes doentes (3 mães, 2 pais) tinham idade média de 40,9 anos (26,8 - 55,8), sintomas digestivos ligeiros, título elevado de anticorpos anti-tTG e biópsia duodenal com alterações diagnósticas; estão sob dieta isenta de glúten e seguimento especializado.

Conclusões: A prevalência da DC nos familiares directos (2.3%) foi 5 vezes superior à verificada na população em geral. Embora as recomendações para o rastreio de indivíduos assintomáticos dos grupos de alto risco, como os familiares directos, não sejam unânimes, o diagnóstico é importante na identificação de doença e redução do risco de complicações, nomeadamente neoplasia.

23

IMPACTO DA DOENÇA CELÍACA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO DE ADULTOS

Autores

Correia T.¹, Almeida N.¹, Carvalho R.¹, Cipriano M.A.², Rodrigues F.³, Portela F.¹, Ferreira M.¹, Sofia C.¹

Instituição

¹Serviços de Gastroenterologia, Anatomia Patológica² e Patologia Clínica³ dos H.U.C.

Resumo

Introdução: A doença celíaca (DC) era geralmente considerada uma patologia da infância mas, a apresentação inicial na idade adulta tem vindo a ganhar importância e visibilidade.

Objectivos: Este estudo retrospectivo pretende caracterizar, do ponto de vista clínico e laboratorial, os novos casos de DC, diagnosticados no decurso de um período de 11 anos (1999-2009) num hospital terciário de adultos, com uma abrangência populacional de 328.495 utentes.

Material e métodos: A identificação dos casos realizou-se através dos resultados positivos em biópsia duodenal e/ou pesquisa de anticorpos específicos (anti-endomísio, anti-transglutaminase e anti-gliadina). Avaliaram-se os seguintes parâmetros: idade de diagnóstico, co-morbilidades, sinais e sintomas e alterações analíticas no momento do diagnóstico.

Resultados: Num total de 102 casos (41 histologias e 96 anticorpos positivos) excluíram-se 30, 18 correspondentes a DC na infância e 12 por ausência de informação clínica adequada. Para os 72 casos incluídos, a idade média no diagnóstico era de 36 anos (14 a 77), com predomínio no sexo feminino (83,4%) e história pregressa de: Doença do tecido conjuntivo-12,5%; Diabetes mellitus (DM) tipo I-11,1%; Osteopenia-9,7%. A sintomatologia registada era: Diarreia-62,5% (42% com esteatorreia); Perda de peso-54,2%; Desconforto abdominal-44%. Em termos analí-

ticos identificou-se: Elevação das aminotransferases-33,3%; Hipocalcémia-26,4%; Hipoproteinémia-22,6%; Hipoalbuminémia-16,4%. Em 32,3% dos doentes os valores de hemoglobina eram inferiores a 11,5 mg/dl (ferropenia em 66,7%) havendo história prévia de anemia em 58,3%.

Conclusões: A DC parece ser uma patologia rara no nosso universo assistencial de adultos. A diarreia, o desconforto abdominal e o emagrecimento são as suas manifestações clínicas mais comuns. Anemia microcítica, elevação das aminotransferases e hipocalcémia devem elevar o índice de suspeição clínica para esta patologia, obrigando à sua pesquisa proactiva. A associação com DM tipo I não é dispicienda. O diagnóstico precoce desta doença nos adultos permitirá uma orientação terapêutica adequada.

24

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E EVOLUÇÃO NUM GRUPO DE CRIANÇAS COM DOENÇA CELÍACA

Autores

Amaral B., Silva G., Amorim J., Oliveira M., Lima R., Rocha H., Pereira F.

Instituição

Centro Hospitalar do Porto Unidade Hospital Maria Pia- Serviço de Gastroenterologia Pediátrica

Resumo

A Doença Celíaca associa-se a patologia nutricional deficitária que é corrigida com a evicção do glúten da dieta.

Este trabalho teve por objectivo avaliar o estado nutricional e a evolução dos doentes com diagnóstico de Doença Celíaca, seguidos na Consulta Externa de Gastroenterologia Pediátrica, no primeiro ano após o diagnóstico. Foi efectuada uma análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico confirmado de Doença Celíaca (critérios ESPGHAN), observados entre Janeiro 1990 e Dezembro 2009. Os dados clínicos analisados foram: idade, aleitamento materno e duração, idade de introdução do glúten na dieta, sintomas de apresentação, peso, estatura e índice de massa corporal (IMC).

Dos 50 doentes incluídos, 33 (66%) eram do sexo feminino. A idade de referenciação à consulta estava compreendida entre os 10 meses e os 13 anos, média de 30 meses. A introdução do glúten na dieta foi efectuada antes dos 6 meses de idade em 17 (34%) doentes. Apenas 34 (68%) fizeram aleitamento materno com uma duração média de 3 meses. Os sintomas mais frequentes foram: má evolução ponderal em 34 doentes, diarreia em 31, anorexia em 20 e distensão abdominal em 18 doentes. O z-score médio para o peso no diagnóstico foi -1.2, após 6 meses -0.3 e -0.1 aos 12 meses. Para a estatura o z-score médio foi -1 no diagnóstico, -0.8 aos 6 meses e -0.5 aos 12 meses. O z-score médio do IMC no diagnóstico foi -0.7, aos 6 meses 0.4 e 0.3 aos 12 meses.

A recuperação do peso foi mais notória que a da estatura ao longo dos 12 meses após o diagnóstico o que se reflecte no IMC cujo z-score médio, ao fim desse período de seguimento, foi ligeiramente superior ao esperado para a população da mesma idade.

25

TUMOR CARCINÓIDE DO ÍLEO: O PAPEL DA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA NO DIAGNÓSTICO**Autores**

Veloso R., Amaral I., Pinto J., Afonso M., Silva A.P., Rodrigues A., Fraga J.

Instituição

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

Resumo

Introdução: Os tumores carcinóides são tumores de baixa incidência (cerca de 1 a 2 casos por 100.000 habitantes/ano), na maioria dos casos assintomáticos. Os tumores carcinóides do tubo digestivo, pela sua apresentação muitas vezes tardia e sintomatologia frustrante, apresentam-se como um desafio diagnóstico.

Objectivos: Exposição de caso clínico de tumor carcinóide do íleo apresentando-se por hemorragia digestiva média com repercussão hemodinâmica, cujo diagnóstico foi possível pela realização de videocápsula endoscópica.

Métodos: análise do processo clínico e revisão da literatura.

Descrição: Homem de 64 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e síndrome coronária aguda com colocação de "stent" revestido em Março de 2007, duplamente anti-agregado (aspirina+clopidogrel), admitido ao Serviço de Urgência (SU) por melenas com cerca de dois dias de evolução e episódios intermitentes de hematoquésias nas duas semanas anteriores. Hipotenso à admissão ao SU. Após estabilização hemodinâmica efectuou endoscopia alta que não demonstrou lesões, seguida de colonoscopia observando-se vários colos diverticulares sem sinais de hemorragia e sangue no íleo terminal. Realizou videocápsula no dia seguinte observando-se no íleo neoformação polilobulada, recoberta de mucosa de aspecto brilhante, ocupando cerca de metade da circunferência do lúmen. Doente manteve perdas hemáticas durante o internamento com necessidade de 15 unidades de concentrado eritrocitário. Efectuou enterografia por TC confirmando lesão polipóide nodular hipercaptante no íleo. Submetido a enterectomia segmentar com exérese da lesão, cujo exame anátomo-patológico revelou tratar-se de tumor epitelial com imunoreactividade para cromogranina e sinaptofisina - tumor carcinóide (típico) conclusões: Caso clínico de apresentação de tumor carcinóide no íleo, com quadro de hemorragia digestiva com repercussão hemodinâmica em que a videocápsula endoscópica se revelou fundamental na abordagem diagnóstica.

26

VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN - IMPLICAÇÕES DIAGNÓSTICAS**Autores**

Afonso M., Pinto J., Veloso R., Pinho R., Freitas T., Rodrigues A., Amaral I., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Resumo

Introdução: A videocápsula endoscópica (VCE) é um método sensível para estudo do intestino delgado na doença de Crohn (DC) e os seus achados podem alterar a classificação e estratégia terapêutica.

Objectivos: 1- analisar o impacto da VCE na alteração da classificação de Montreal; 2- comparar os achados diagnósticos da VCE com a enterografia; 3- avaliar complicações e tolerância da realização de VCE na DC.

Métodos: estudo retrospectivo de 50 doentes consecutivos com DC documentada submetidos a VCE entre 2005-2009, através de revisão de processo clínico. Análise de classificação de Montreal antes e depois da realização de VCE. Análise estatística: teste de *McNemar*.

Resultados: Idade média - 33,8±10,9 anos, 46% do sexo masculino. A classificação de Montreal foi alterada em 32 pacientes (64%) após VCE. Idade (A1 - n=3; A2 - n=38; A3 - n=9), localização (L1 - n=15; L2 - n=23; L3 - n=12, dos quais L4 - n=27), comportamento (B1 - n=33; B2 - n=6; B3 - n=11, perianal - n=8). Em 29 pacientes que realizaram 2 métodos de diagnóstico (VCE e enterografia) verificou-se concordância de localização em 11 dos quais 7 com lesões do delgado e 4 sem alterações em ambos os exames. Nos restantes 18 doentes apenas a VCE mostrou lesões sugestivas de DC (p=0,008). Verificou-se em apenas 1 paciente retenção de VCE resolvida com terapêutica médica, sendo o exame bem tolerado nos restantes pacientes.

Conclusões: 1- nos indivíduos estudados, a realização da VCE teve implicações na classificação de Montreal na DC; 2- a VCE mostrou uma acuidade diagnóstica superior à enterografia. 3 - a VCE foi um método bem tolerado e seguro.

27

INFLIXIMAB EM MONOTERAPIA OU ASSOCIADO À AZATIOPRINA?**Autores**

Carvalho R., Portela F., Ferreira M., Andrade P., Sofia C.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: Desde a sua introdução a maioria das recomendações considera que o Infliximab deve ser usado em associação com imunossuppressores (IS). No entanto, os efeitos secundários destes fármacos levaram a que, desde sempre, tenha existido um subgrupo de pacientes que efectuou infliximab em monoterapia.

Objectivo: Comparar os resultados clínicos, em termos de resposta à terapêutica e efeitos secundários, obtidos nos doentes que iniciaram infliximab em monoterapia e naqueles que iniciaram infliximab em associação com azatioprina.

Material e métodos: Foram incluídos doentes com o diagnóstico de doença de Crohn (DC) ou Colite ulcerosa (CU) medicados com infliximab entre Janeiro/2007 e Julho/2009. Análise estatística pelo teste Qui-quadrado (SPSS 16.0).

Resultados: Incluídos 56 doentes (55.4% do sexo masculino, 62.5% com DC), média de idades 35.09±11.09 anos. Tempo médio de tratamento de 26.8 meses. Identificados 2 grupos: um grupo (n=16) efectuou infliximab em monoterapia (IM) (50% DC), e outro grupo (n=40) efectuou infliximab com azatioprina (IA) (67.5% DC). Verificou-se uma taxa de reacções à perfusão superior no grupo IM (25% vs 2.5%, p=0.02), no entanto, em todos os casos foi possível manter o tratamento após pré-medicação. Os efeitos adversos que obrigaram à suspensão do fármaco (2 casos de lúpus e 1 de otite maligna) ocorreram no grupo IA (p, NS). O tratamento com infliximab foi interrompido por ausência de resposta ou efeitos secundários em 31% no grupo IM e em 35% no grupo IA (p, NS), não se verificando alterações significativas entre a avaliação global ou a estratificação por doença. O tempo médio para a suspensão foi semelhante nos 2 grupos (IM=10.8 meses, IA=9.7 meses).

Conclusões: A taxa de reacções à perfusão foi maior no grupo IM, embora o seu significado clínico seja discutível, uma vez que não implicaram a suspensão do fármaco. A eficácia terapêutica parece ter sido semelhante nos dois grupos.

28

TOXIDERMIA E REACÇÃO LUPUS-LIKE INDUZIDAS PELO INFLIXIMAB, SEM RECORRÊNCIA COM O ADALIMUMAB - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Autores

Ramos G., Saiote J., Valente T., Barreiras J., Ramos J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospital de Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.

Resumo

Introdução: Os anticorpos (Ac) anti-factor de necrose tumoral α , são utilizados de forma crescente no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII). Foram reportados eventos adversos (EA) de auto-imunidade e de toxicidade medicamentosa com seu uso. O tratamento destes EA e potencial de reacção cruzada entre agentes anti-TNF α não estão totalmente estabelecidos.

Objectivo: Descrever um caso de toxidermia (TD) e uma reacção lupus-like (RLL) em doentes com DII tratados com infliximab (IFX).

Descrição: 2 dos 105 doentes com DII tratados com IFX (Fev/2002 - Mar/2010) desenvolveram quadro de TD ou RLL.

Caso 1: mulher de 44 anos, com doença de Crohn (DC), iniciou erupção máculo-papular da face, dorso do nariz e região do decote, 7 semanas após a 9ª infusão de IFX. A investigação de auto-imunidade foi

negativa. A biópsia cutânea (BC) foi compatível com toxidermia. Interrompeu o IFX e foi medicada com prednisolona oral e plaquinol, ficando assintomática após 1 semana. Iniciou adalimumab (ADA) 5 meses depois, sem recorrência do EA (14 meses de tratamento).

Caso 2: mulher de 47 anos, com DC, iniciou eritema malar, placas queratóticas com agregação folicular e fotossensibilidade, 7 semanas após a 35ª infusão de IFX. A investigação revelou apenas Ac. anti-cadiolipina (IgM) positivo e a BC foi compatível com RLL. Suspendeu o IFX e foi medicada com deflazacorte e hidroxiquina, com regressão progressiva do EA em semanas. Por doença activa, iniciou tratamento com ADA após 17 meses e, decorridos 4 meses de tratamento, não teve recidiva do EA.

Comentários: A TD e RLL ocorreram em menos de 1% dos doentes tratados com IFX: a BC foi necessária para a sua distinção; o curso do EA foi benigno após a suspensão do IFX e não recorreram com a introdução do ADA, sugerindo uma reacção específica ao fármaco e não de classe terapêutica.

29

DIETA POLIMÉRICA TOTAL COMO TRATAMENTO CO-ADJUVANTE NA INDUÇÃO DE REMISSÃO NA DOENÇA DE CROHN

Autores

Freitas J., Grilo M., Ferreira H., Guerra P., Trindade E., Amil J.

Instituição

Unidade de Gastroenterologia Pediátrica e Unidade de Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Hospital de São João

Resumo

A utilização de dieta polimérica tem sido descrita como eficaz na indução da remissão da Doença de Crohn (DC), reduzindo o uso de corticoterapia em altas doses.

Os autores apresentam a sua experiência com a utilização da dieta polimérica total (DPT) como parte do tratamento médico inicial da DC. Estudo prospectivo, incluindo 9 doentes com o diagnóstico inaugural de DC, a quem foi proposta DPT durante 8 semanas. Foram analisados dados antropométricos, clínicos e bioquímicos, sistematizados através do PCDAI (*Paediatric Crohn's Disease Activity Index*).

Foram analisados os dados de 9 doentes (5 rapazes), com mediana de idade de 13 anos. Oito doentes receberam DPT e messalazina, azatioprina e prednisolona (máximo 0,5mg/kg/dia). Um doente recebeu DPT exclusiva até às 6 semanas. O PCDAI à altura do diagnóstico foi ≥ 30 . Dois doentes não cumpriram as 8 semanas de DPT. Às 4 semanas de tratamento os restantes 7 doentes tiveram um ganho ponderal médio de 7,8%, com PCDAI de 5. Às 8 semanas, os 7 doentes atingiram a remissão clínica e normalização dos parâmetros de inflamação.

A dieta polimérica foi bem tolerada e permitiu um ganho ponderal significativo e o uso de doses baixas de corticóide. A evolução clínica e analítica foi favorável. Não se observaram efeitos laterais.

A dieta polimérica total pode ser considerada como tratamento adjuvante

poupador de corticóides na indução de remissão da DC, sendo isenta de efeitos laterais e permitindo recuperação nutricional adequada.

30

LINFOMA DE HODGKIN PRIMÁRIO DO INTESTINO: COMPLICAÇÃO RARA DE DOENÇA DE CROHN

Autores

Salgueiro P., Lago P., Farrajota P., Xavier L., Santos M., Areias J.

Instituição

Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António - Serviço de Gastroenterologia

Resumo

O linfoma de Hodgkin (LH) primário do intestino é muito raro apresentando uma incidência inferior a 0,5%. A sua associação com a Doença de Crohn (DC) é ainda mais rara, com apenas casos esporádicos descritos na literatura.

Apresentamos o caso clínico de um doente de 37 anos, sexo masculino, com DC pancólica diagnosticada há 20 anos, com comportamento penetrante e necessidade de cirurgia (ressecção cólica segmentar) em 2005, por fístula colo-vesical. Tratamento com azatioprina desde há 8 anos, por evolução corticodependente, com resposta clínica parcial, pelo que iniciou terapêutica com infliximab em 2006, sem remissão clínica e endoscópica completa. Em 2009, por agudização, efectuou colonoscopia que revelou mucosa do sigmóide distal e recto com actividade inflamatória severa, sem alterações da restante mucosa cólica e ileal. As biópsias do segmento atingido revelaram infiltração da mucosa por LH clássico, com positividade para o vírus EBV e actividade inflamatória severa. O estudo complementar efectuado excluiu doença linfoproliferativa (DL) extra intestinal. Em consulta de Grupo foi decidida cirurgia de ressecção do segmento cólico atingido, tendo como principal indicação a ausência de resposta à terapêutica médica da DC. Dúvidas persistem se a etiopatogenia do aumento do risco de DL em pacientes com DC se correlaciona com a actividade da doença inflamatória ou com a terapêutica imunossupressora utilizada no seu tratamento. A identificação de infecção pelo EBV nos doentes com LH é frequentemente reportada nos casos descritos, o que sugere que este agente esteja implicado na patogenia desta DL.

31

QUEILITE GRANULOMATOSA COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DE DOENÇA DE CROHN

Autores

Ramos A., Caldeira P., Sousa A., Guerreiro H.

Instituição

Hospital de Faro - Serviço de Gastroenterologia

Resumo

O Síndrome Melkersson-Rosenthal e a queilite granulomatosa são entidades patológicas incomuns, mas benignas. Caracterizam-se por paralisias faciais recorrentes, edema da face e dos lábios (geralmente o lábio superior), bem como o desenvolvimento de pregas e sulcos na língua. A queilite granulomatosa é a variante monossintomática do síndrome e cursa apenas com edema crónico dos lábios. A etiologia é desconhecida. Pelas suas características granulomatosas, crê-se que possa surgir em associação com sarcoidose ou com a Doença de Crohn (podendo antecipar em vários anos as manifestações intestinais típicas da doença inflamatória). O tratamento é difícil e pouco satisfatório; inclui terapêutica com clofazimina, prednisolona, colchicina e corticoterapia tópica. Mais recentemente, o infliximab surgiu como opção terapêutica eficaz, nos casos refractários ao tratamento convencional. Descreve-se o caso de um doente, do sexo feminino, 44 anos de idade, com edema crónico do lábio superior, que condicionava marcada diminuição da qualidade de vida por motivos essencialmente estéticos. Sem sintomatologia gastrointestinal. Foi efectuada biópsia do lábio, que revelou presença de vários granulomas não-caseosos, suportando o diagnóstico de queilite granulomatosa. Os exames endoscópico e histológico do cólon não revelaram alterações. Foram excluídas lesões gástricas e do intestino delgado. O doseamento de enzima de conversão do angiotensinogenio foi normal. Apesar da ausência de dados clínicos histológicos de doença inflamatória intestinal, decidiu-se iniciar tratamento com infliximab 5 mg/kg, com obtenção de resposta clínica. A presença de resposta clínica ao infliximab, no caso descrito, sugere a associação entre queilite granulomatosa e Doença de Crohn. Apresenta-se iconografia.

32

EPISÓDIO INAUGURAL DE COLITE ULCEROSA COMPLICADO POR COLITE A CMV

Autores

Velosa M., Silva R., Ladeira N., Andrade C., Jardim I., Cordeiro M., Capelinha F., Teixeira R.

Instituição

Hospital Central do Funchal

Resumo

Introdução: A infecção por CMV num doente imunocompetente é geralmente assintomática, podendo apresentar-se sob a forma de mononucleose. O envolvimento gastro-intestinal na infecção por CMV num doente imunocompetente é pouco frequente e geralmente traduz infecção primária, podendo causar morbidade e mortalidade significativas. Os sintomas mais frequentes são febre, dor abdominal e diarreia que em 53% dos doentes é sanguinolenta. A presença de lesão prévia da mucosa pode aumentar o risco de infecção a CMV.

Os autores descrevem o caso clínico de uma doente do sexo feminino

com 36 anos de idade com antecedentes de síndrome depressivo e cefaleias tipo enxaqueca, medicada habitualmente com mexazolam 1 mg/dia; topiramato 50 mg/dia e fluoxetina 20 mg/dia, internada no contexto de diarreia aguda, com sangue, muco para estudo. Analiticamente a destacar: leucocitose com neutrofilia, aumento da PCR, hiponatremia ligeira e positividade de cANCA. A serologia infecciosa, coproculturas, pesquisa de parasitas, toxina *Clostridium difficile* e teste de Mantoux foram negativos. A colonoscopia total com ileoscopia revelou íleon sem alterações; mucosa do recto e cólon muito congestiva, de modo contínuo, com erosões com ulcerações extensas de forma estrelada e pseudopólipos inflamatórios- aspectos sugestivos de colite ulcerosa. As biópsias do cólon demonstraram alteração da arquitetura geral por irregularidade das criptas, com processo inflamatório crónico com intensos sinais de actividade e ulceração; efeito citopático viral ao nível do colon ascendente, transversal e descendente, com positividade para a pesquisa de DNA CMV por PCR. Iniciou tratamento com ganciclovir 5 mg/Kg 12/12h com negativização da pesquisa de DNA CMV por PCR aos 18º dia, juntamente com 5-ASA oral e enemas. Actualmente medicada com Azatioprina 2,5 mg/Kg/dia e ganciclovir oral, assintomática.

33**COLITE A CITOMEGALOVIRUS E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL****Autores**

Rodrigues C. G., Ricardo L., Pires E., Ramos de Deus J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE

Resumo

Admite-se existir uma associação entre a infecção cólica por CMV e a Doença Inflamatória Intestinal, em particular a Colite Ulcerosa, tendo já sido reportados vários casos em que a colite infecciosa precipitou a apresentação ou complicou o curso da colite inflamatória.

Os autores apresentam um caso de Colite a CMV como forma de apresentação de uma Colite Ulcerosa cujo diagnóstico, apesar da suspeita clínica, foi confirmado por histologia apenas alguns anos mais tarde, tendo seguido desde a intercorrência infecciosa e até à data um curso relativamente benigno. Alguns anos após o diagnóstico de Colite Ulcerosa foi estabelecido também o diagnóstico de Colangite Esclerosante Primária. Trata-se de uma doente aparentemente saudável que aos 21 anos foi internada no contexto de uma Colite Grave a CMV, com atingimento de toda a extensão do cólon e com sinais de toxicidade sistémica. Os achados endoscópicos incluíam úlceras profundas e extensas da mucosa cólica, intercaladas por mucosa hiperemiada. A etiologia foi comprovada mediante serologia sérica e exame anatomo-patológico e imunohistoquímico. Realizou tratamento com Ganciclovir e Corticóides, com resolução dos sintomas e das lesões endoscópicas. Teve alta medicada com Salofalk 3g/d. Apesar do elevado nível de suspeição, o diagnósti-

co de Colite Ulcerosa foi confirmado apenas 3 anos depois, mediante achados histológicos. Perante a impossibilidade de uma avaliação endoscópica completa do cólon a doente realizou um clister opaco, que notou a existência de encurtamento cólico e grande irregularidade do seu calibre pela existência de vários segmentos estenosados com dilatação dos segmentos a montante envolvendo a totalidade do quadro cólico, aspectos sequelares da colite infecciosa. A doente manteve-se sempre assintomática.

Alguns anos depois desenvolveu uma elevação persistente das provas hepáticas, com padrão colestático. Realizou Ecografia e TAC abdominais, sem alterações, e Colangio-RM, que revelou estenoses segmentares da VBP compatíveis Colangite Esclerosante Primária.

34**CLOSTRIDIUM DIFFICILE E AGUDIZAÇÃO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL****Autores**

Saiote J.; Ramos G., Santos L., Valente T., Bentes T., Ramos J.

Instituição

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de Santo António dos Capuchos- Serviço Gastroenterologia

Resumo

Introdução: Nos doentes com doença inflamatória intestinal (DII) a incidência e gravidade da infecção a *Clostridium difficile* (ICD) têm aumentado. O uso de imunossuppressores, antibióticos e a hospitalização, factores de risco para a ICD, são frequentes na DII. A ICD pode ser difícil de distinguir de uma recidiva da DII porque o quadro clínico é semelhante e as alterações endoscópicas e histológicas características frequentemente estão ausentes neste contexto.

Objectivo: Analisar a frequência e os factores de risco de infecção a *C. difficile* em internamentos por DII agudizada numa instituição.

Material e Métodos: Estudo prospectivo, com caracterização clínica da doença, identificação dos factores predisponentes para a ICD, determinação prospectiva das toxinas A e B do *Clostridium difficile* (método ELISA) em todos d. com DII e diarreia à admissão.

Resultados: De Outubro de 2008 e Março de 2010, ocorreram 27 internamentos por DII e diarreia [DC= 11; CU=16] correspondendo a 23 doentes, com média de idades de 41 anos (18-74), 13 mulheres (57%), 10 com doença de Crohn (ileocólica-2 d., cólica- 3 d., ileal-1; ileo-colica e perianal-4 d.) e 13 com colite ulcerosa (pancolite - 10 d., colite esquerda: 3d.). Em 3 doentes (11%), todos com doença de Crohn e com factores de risco para infecção, a pesquisa das toxinas foi positiva: a endoscopia e o exame histológico não revelaram achados típicos de ICD em nenhum dos internamentos. Tratados com metronidazol tiveram boa resposta clínica.

Comentários: Verificou-se ICD em 3/27 internamentos, apenas por doença de Crohn, coexistindo sempre um ou mais factores de risco para a infecção.

Os quadros clínicos da ICD e da DII foram semelhantes, o que sublinha a necessidade da pesquisa sistemática das toxinas do *Clostridium difficile*, para o diagnóstico precoce desta infecção cujo plano terapêutico poderá alterar o tratamento da DII.

35

FÁRMACOS E GRAVIDADE DE UMA DOENÇA EMERGENTE - DOENÇA ASSOCIADA AO *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Autores

Sousa AL, Teixeira Pinto C, Santos H, Ramos A, Cabrita C, Sousa D, Guerreiro H.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospital de Faro, EPE

Resumo

Introdução: O aumento da incidência e da gravidade da doença associada ao *Clostridium difficile* (DACD) é multifactorial. A antibioterapia prévia é um factor de risco, existindo também a sugestão do envolvimento dos inibidores da bomba de protões (IBP). Não existem avaliações da relação entre as terapêuticas prévias e a gravidade da doença.

Objectivo: Avaliar o papel dos antibióticos (AB) e IBP na gravidade da DACD.

Material e métodos: Doentes internados com DACD no nosso hospital em 2009. Avaliação de: características socio-demográficas, antibioterapia nos 3 meses prévios, terapêutica com IBP, gravidade clínica da doença, mortalidade e curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier.

Resultados: 82 doentes (100 episódios); idade mediana de 78 anos; a maioria (68,3%) do sexo feminino. Os homens tiveram um risco 2,7 vezes superior de morrer ($p=0,052$). Em 54% dos doentes houve mais que 1 AB implicado; 69% tomavam IBP. Os AB mais implicados foram amoxicilina/ácido clavulânico (Aa) (38%), cefalosporinas 2ª/3ª geração (Cf) (35%), aminoglicosídeos (24%) e macrólidos (23%). O tempo médio entre a toma do AB e o aparecimento dos sintomas foi de 22,5(+20,9) dias. Não houve associação estatística entre o tempo de antibioterapia com Aa ($p=0,317$) ou Cf ($p=0,569$) e a gravidade da doença, observando-se apenas uma tendência com as quinolonas ($p=0,072$). Não houve associação entre a utilização prévia de pelo menos 2 antibióticos ou de IBP e doença grave ($p=0,152$ e $p=0,198$, respectivamente). Não houve diferença estatística na sobrevivência dos doentes submetidos previamente até 1 AB e dos doentes submetidos a pelo menos 2 AB ($p=0,339$).

Conclusões: Não parece existir clara associação entre a antibioterapia prévia (número e duração de AB) e a gravidade da DACD. Os IBP não parecem estar implicados na gravidade da DACD.

36

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA - ANÁLISE DE UMA CASUÍSTICA

Autores

Fernandes A.¹, Torres J.¹, Ferreira R.¹, Pereira M.J.¹, Carvalheiro J.¹,

Ferreira M.¹, Campos M.J.¹, Coelho A.², Figueiredo A.²

Instituição

Serviços de ¹Gastroenterologia e ²Medicina Interna - Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Resumo

Introdução: A Colite Pseudomembranosa (CPM) constitui a causa mais comum de diarreia infecciosa nosocomial, sendo a exposição prévia aos antibióticos o principal factor de risco (FR) para o seu desenvolvimento. Outros FR conhecidos incluem: idade avançada, co-morbilidades e internamentos prolongados.

Objectivos: Caracterizar um grupo de doentes com CPM, identificando os principais FR e o seu impacto na mortalidade intra-hospitalar (MIH).

Material e métodos: Estudo retrospectivo (Jan/2004 a Dez/2009) de doentes internados com diagnóstico de CPM. Análise estatística com SPSS, versão 11.5.

Resultados: 31 doentes. Idade média: 75,8+12,6 anos; 61,3% do sexo feminino. Método de diagnóstico: pesquisa de toxina positiva - 87,1%; colonoscopia sugestiva - 48,4% e cultura positiva - 16,1%. Principais alterações laboratoriais: leucocitose >15000/μL (25,8%) e hipoalbuminemia <25g/L (29%). Terapêutica efectuada: Metronidazol em 74,2% dos casos, Vancomicina em 12,9%, e Metronidazol + Vancomicina em 12,9%. Factores de risco identificados: **1**) Antibioterapia nos últimos 3 meses (96,8%) - antibióticos mais frequentemente implicados: Fluorquinolonas (45,2%), Amoxicilina/Ácido Clavulânico (38,7%), Azitromicina (29%) e Cefalosporinas (12,9%); **2**) Internamento prévio (77,4%); **3**) Insuficiência cardíaca (61,3%); **4**) Utilização de IBP (58,1%); **5**) Insuficiência renal crónica (38,7%); **6**) Doente previamente acamado (38,7%); **7**) Sonda nasogástrica (12,9%). Observou-se uma MIH de 12,9%. Dos factores analisados, tiveram impacto na MIH ($p<0,05$): Insuficiência renal crónica, leucocitose >15000/μL e hipoalbuminemia <25g/L.

Conclusão: A CPM atinge principalmente doentes idosos, com múltiplas co-morbilidades, internamentos recorrentes, e toma recente de antibióticos. Esta entidade poderá ter uma contribuição decisiva na MIH, sobretudo quando associada a leucocitose >15000/μL, hipoalbuminemia <25g/L e insuficiência renal crónica.

37

UM CASO PECULIAR DE COLITE ISQUÉMICA COM ETIOLOGIA IDENTIFICÁVEL E RESOLÚVEL POR ANGIOGRAFIA

Autores

Cardoso R.¹, Almeida N.¹, Donato P.², Freire P.¹, Gil-Agostinho A.², Gomes D.¹, Gouveia H.¹, Sofia C.¹

Instituição

Serviços de ¹Gastroenterologia e ²Imagiologia dos H.U.C.

Resumo

A Colite Isquémica (CI) é a forma mais comum de lesão isquémica do tracto gastrointestinal, afectando sobretudo o idoso. Clinicamente muito variável, apresenta-se geralmente de forma aguda com dor abdominal seguida de hematoquezias. Na maioria dos casos, é um fenómeno transitório, que responde bem a tratamento conservador. O método diagnóstico preferencial é a Colonoscopia, sendo a TC Abdominal útil sobretudo na investigação etiológica e exclusão de outras patologias.

Descrevemos o caso de um homem de 62 anos referenciado para a realização de Colonoscopia por apresentar queixas de hematoquezias. Entre os 15 centímetros da margem anal e o cólon transverso médio, a mucosa apresentava-se difusamente congestiva e edemaciada, com alguns focos de hemorragia sub-epitelial, num padrão muito sugestivo de CI. As biopsias efectuadas revelaram uma colite activa de intensidade moderada, sem critérios de especificidade. Foi então solicitada TC Abdominal que identificou uma estenose pré-oclusiva na emergência da artéria mesentérica inferior (AMI) e também uma estenose mais discreta da emergência do tronco celiaco. No mesmo exame foi ainda detectada uma estenose da transição recto-sigmoideia com cerca de 2,4 centímetros. Tendo em conta estes achados, foi discutida com a Imagiologia a melhor opção terapêutica, tendo-se decidido proceder a Angiografia. Confirmou-se uma estenose significativa do ostium da AMI, optando-se pela colocação de um stent o que permitiu a repermeabilização completa do vaso em questão. O doente teve alta, após um curto internamento sem incidentes, medicado com anti-agregação plaquetar dupla, aguardando actualmente controlo endoscópico.

Este caso, documentado iconograficamente, ilustra a importância da investigação etiológica complementar nos doentes com colite isquémica, sendo por vezes possível identificar alterações passíveis de intervenção apropriada. A angiografia representa, neste âmbito, uma mais valia, conforme registado no tipo de terapêutica efectuada neste doente.

38**PERFURAÇÃO CÓLICA PÓS-BIOPSIA ENDOSCÓPICA - COMPLICAÇÃO RARA DE PNEUMATOSE CISTÓIDE CÓLICA ATÍPICA****Autores**

Lopes L., Ramada J., Mosteiro M., Leitão I., Lucas C., Gomez I., Veiga M., Carrasquinho J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Hospital de Santa Luzia Viana do Castelo

Resumo

A pneumatose cistoide cólica é uma doença rara caracterizada pela presença de múltiplos cistos com ar, na submucosa e subserosa do cólon. Apresentamos um doente de 71 anos seguido na consulta de Doença Inflamatória Intestinal, por uma colite indeterminada que envolvia o cólon sigmoide. Em Outubro de 2009, teve uma agudização caracte-

terizada por dor abdominal e rectorragias. Na avaliação diagnóstica realizou rectosigmoidoscopia que mostrou segmento de sigmoide com mucosa atrofica, de aspecto cicatricial e numerosos cistos na sua superfície; perante a suspeita endoscópica de pneumatose cística, procedeu-se à punção dos cistos com agulha, verificando-se a sua rápida deflactação; em seguida fez-se biópsias do segmento. No dia seguinte ao procedimento recorreu ao serviço de urgência por rectorragias e dor abdominal ligeira. Realizou TC abdominal que mostrou ar extra-luminal por provável perfuração de víscera oca. O doente foi submetido a laparotomia de urgência tendo-se verificado uma pequena perfuração no cólon sigmoide. Foi realizada uma colectomia segmentar com colostomia. A peça operatória mostrou ao exame macroscópico segmento cólico com aspecto pseudo-polipóide, infiltrado inflamatório crónico localizado à mucosa, com múltiplas áreas císticas dilatadas, ocupando a espessura da submucosa, sub-serosa e muscular-*pneumatose cística intestinal*. A peculiaridade deste caso clínico advém da presença de cistos na espessura da camada muscular, cuja localização não está descrita nesta entidade patológica; tipicamente os cistos localizam-se à submucosa e subserosa. A topografia dos cistos na camada muscular terá sido o factor determinante no mecanismo de perfuração, pois são um factor de fraqueza inesperado da parede do cólon, que no contexto de tracção mecânica da parede pelo endoscópio e trauma pelas biópsias efectuadas, facilitaram a perfuração da parede do cólon.

39**ABCESSO HEPÁTICO SECUNDÁRIO A CORPO ESTRANHO NO CÓLON****Autores**

Marcos Pinto R., Ferreira J.C., Areias J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Geral Santo António, Porto

Resumo

O abcesso hepático é uma doença grave e com elevada taxa de mortalidade. Como principal causa tem as infecções das vias biliares e menos frequentemente a bacteriemia secundária a infecção abdominal como a diverticulite, a apendicite e o carcinoma colorectal. Na literatura estão descritos raros casos de corpo estranho como causa de abcesso hepático.

Caso: Doente do sexo masculino, 71 anos, sem antecedentes relevantes, recorre ao SU por quadro de dor no hipocôndrio direito com duas semanas de evolução e febre, associando-se a marcadores analíticos de inflamação. No estudo foi detectada inicialmente por Ecografia e posteriormente confirmada por TAC uma lesão compatível com abcesso hepático com cerca de 5cm. Posteriormente foi efectuada drenagem percutânea do abcesso e antibioterapia de largo espectro. No sangue e pus foram isolados os agentes: *Streptococcus constellatus* e *Fusobacterium Nucleatum*. Serologia para *Entamoeba histolytica* negativa. A doente

teve alta às 4 semanas com resolução do quadro. Realizou posteriormente colonoscopia a qual revelou doença diverticular do cólon sigmoide e, nesta topografia, observou-se uma massa fecal em ângulo agudo com a parede; após lavagem verificou tratar-se de um corpo estranho compatível com osso a qual penetrava em colo diverticular. O osso (longitudinal, com cerca de 5cm) foi removido com o auxílio de ansa de polipectomia sem complicações. O doente não se recordava da ingestão do osso nem apresentou quadro clínico de dor da fossa ilíaca esquerda. É apresentada iconografia (exames endoscópicos e radiologia).

40

CANCRO DO CÓLON E RECTO FAMILIAR DO TIPO X: EVIDÊNCIA DE DUAS ENTIDADES MOLECULARES DISTINTAS

Autores

Francisco I., Albuquerque C., Lage P., Belo H., Vitoriano I., Filipe B. Dinis J., Claro I., Ferreira S., Rodrigues P., Chaves P., Nobre Leitão C.

Instituição

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

Resumo

Introdução: Numa fracção de famílias HNPCC que preenchem os critérios de Amsterdão (CA) os tumores são microssatélites estáveis (MSS) e não se detectam mutações germinais nos genes de reparação do ADN. Este grupo é designado como cancro do cólon e recto familiar do tipo X (FCCTX).

Objectivo: Caracterizar a nível clínico e molecular, um grupo de famílias FCCTX definidas pelos CA e pela presença de tumores MSS.

Doentes e Métodos: Foram incluídos 13 doentes com CCR e/ou adenomas, de 10 famílias FCCTX. Os 13 tumores foram analisados para a presença de instabilidade cromossómica (IC) e mutações somáticas nos genes *APC* e *KRAS*. Nos doentes, foram avaliadas as mutações germinais missense no gene *APC*.

Resultados: Estas famílias apresentaram características clínicas específicas: baixa frequência de tumores extracólicos, assim como uma razão adenoma/carcinoma e frequência de tumores do recto elevadas. Oito de onze (73%) tumores FCCTX apresentaram IC. Todos os tumores IC apresentaram perda de heterozigotia do *APC*. As mutações somáticas no *APC* foram detectadas em 5/13 (38%) tumores. As mutações no *KRAS* foram identificadas em 8/19 (42%) tumores, todos com IC. Registando-se uma igual frequência em adenomas e carcinomas, com prevalência de transições e alterações de aminoácido diferentes de G>D. Numa família foi detectada uma mutação germinal *missense* no *APC* (p.E1317Q).

Conclusões: Em famílias FCCTX, apesar de partilharem características clínicas semelhantes, devem existir pelo menos duas entidades moleculares distintas, uma que segue a via da instabilidade cromossómica, com mutações somáticas frequentes e precoces nos genes *APC* e *KRAS* e uma assinatura mutacional específica no *KRAS*, e uma

segunda, menos frequente, que não segue esta via. A identificação, numa família, da mutação germinal p.E1317Q, que segrega com a doença, leva-nos a sugerir que esta, ou eventualmente, outras mutações *missense* no *APC* possam conferir susceptibilidade para CCR num sub-grupo de famílias FCCTX.

41

POLIPOSE HIPERPLÁSICA FAMILIAR E ESPORÁDICA: DUAS ENTIDADES CLÍNICA E GENETICAMENTE DISTINTAS?

Autores

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

Instituição

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

Resumo

Introdução: A polipose hiperplásica (PH) caracteriza-se por múltiplos pólipos hiperplásicos no cólon, predispondo para o desenvolvimento de cancro do cólon e recto. Contudo, a sua base molecular é desconhecida.

Objectivo: Caracterizar, clínica e molecularmente, uma série de doentes com PH, com ou sem história familiar (HF).

Métodos: Foram analisadas 66 lesões hiperplásicas/serreadas, adenomas convencionais e carcinomas: 46 lesões de 10 doentes com HF (9 famílias) e 20 lesões de 9 doentes sem HF para as alterações genéticas: instabilidade de microssatélites (IMS), hipermetilação dos genes *MGMT* e *MLH1* e mutações somáticas nos genes WNT (*APC*, *beta-catenina*, *AXIN2*) e RAS/RAF (*BRAF*, *KRAS*, *NRAS*). Foram ainda analisadas mutações germinais nos genes *SMAD4* e *MUTYH*.

Resultados: Os casos de PH familiar apresentaram uma média de idades de diagnóstico mais tardia (63 vs. 51 anos) e maior número de lesões com localização preferencialmente proximal, quando comparados com os esporádicos. A IMS e a hipermetilação do *MGMT* foram mais frequentes nos casos familiares [(33% vs. 10%, p=0,039) e (60% vs. 21%, p=0,014), respectivamente]. A hipermetilação do *MLH1* foi detectada apenas nas lesões esporádicas (14%). A frequência de mutações nos genes WNT foi superior nas lesões dos doentes com HF (35% vs. 5%, p=0,0086). As mutações no *KRAS* foram detectadas apenas nos casos familiares (24%, p=0,012) enquanto no *BRAF* foram mais frequentes nas lesões esporádicas (50% vs. 32%). Não foram detectadas mutações no *NRAS*, nem mutações germinais no *SMAD4* e *MUTYH*.

Conclusões: Os casos de PH com ou sem HF apresentam características clínicas distintas. Molecularmente, as lesões de PH familiar parecem caracterizar-se por frequente hipermetilação do

MGMT, maior frequência de IMS e mutações nos genes *WNT* e *KRAS*. As lesões esporádicas apresentaram frequentemente mutações no *BRAF* e alguma hipermetilação do *MLH1*. As formas de PH familiar e esporádica parecem constituir duas entidades clínica e geneticamente distintas.

42

'CAP-POLYPOSIS' - UM CASO MUITO RARO**Autores**

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

Instituição

H. S. Teotónio - Viseu

Resumo

Os autores relatam o caso de doente de 71 anos, sexo masculino, seguido em consulta de hematologia para estudo de anemia microcítica ferro-pénica. Antecedentes de artrite reumatóide e tromboembolia pulmonar. Após pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo, foi solicitada colonoscopia total que efectuámos. O exame revelou vários pólipos (> 10) entre os 5 e 10 cm da margem anal: alguns sésseis e congestivos, com cerca de 5-7 mm de diâmetro e 3 pediculados, multilobulados e friáveis, com cerca de 20 mm de diâmetro; todos revestidos por exsudado esbranquiçado na sua porção cefálica. Removidos alguns para histologia em primeiro exame e os outros em 2ª endoscopia. Sem outras alterações até ao cego. A histologia mostrou tratar-se de pseudo-pólipos inflamatórios revestidos em parte por tecido de granulação e componente glandular hiperplásico. Sem displasia. Esta condição rara e benigna, descrita pela primeira vez em 1985, denomina-se na literatura internacional por "cap polyposis", caracterizando-se por pólipos inflamatórios revestidos por um "chapéu" branco de tecido de granulação. Existem 17 casos registados até ao momento. A patogenia é desconhecida, mas pensa-se relacionada com obstipação crónica ou prolapso rectal. Apresenta-se este caso pela raridade, salientando-se a iconografia recolhida.

43

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSE COMPLETA DE ANASTOMOSE COLO-RECTAL**Autores**

Marques M., Ferreira F., Ribeiro A., Macedo G.

Instituição

Hospital São João

Resumo

A estenose da anastomose cirúrgica é uma complicação da cirurgia colo-

rectal em cerca de 7% dos doentes. As opções de tratamento incluem tratamento médico com laxantes (para estenoses mínimas), dilatação endoscópica ou revisão cirúrgica da anastomose.

Doente do sexo masculino, de 61 anos de idade, sem antecedentes patológicos ou familiares relevantes, realizou colonoscopia de rastreio que mostrou volumoso adenoma viloso, com displasia de alto grau, não passível de remoção endoscópica. Fez ressecção transanal do tumor cuja histologia revelou tratar-se de um adenocarcinoma rectal moderadamente diferenciado com imagens de invasão linfática, venosa e peri-neural. Apresentado em reunião de grupo oncológico, que decidiu pela ressecção anterior do recto: secção do sigmoide 20 cm acima do tumor com GIA 80 e secção do recto (anastomose termino-terminal) com TA 30, com confecção de ileostomia de protecção.

Não fez terapêutica adjuvante. Cerca de 3 meses depois, foi pedida revisão endoscópica para restabelecer trânsito intestinal com encerramento da ileostomia: observou-se anastomose cirúrgica completamente obliterada, sem visualização do lúmen, apesar da endoscopia de magnificação utilizada. Proposto para dilatação endoscópica que realizou com cânula biliar e fio-guia fino de 0,021, trans-cateter. Após passagem do fio-guia fez dilatação progressiva com dilatadores biliares Soehendra 8,5 e 10 Fr e posteriormente com balões TTS Hércules 8, 9 e 10 mm. Após esta 1ª sessão foram programadas sessões para dilatação progressiva, desta vez com controlo radiológico, que confirmou a luz cólica acima da estenose.

Estenose da anastomose cólica, benigna, completa é considerada rara. Estas são habitualmente tratadas cirurgicamente porque se consideram inadequadas para dilatação endoscópica. O tratamento endoscópico desta condição é raramente executado.

Contudo, consideramos que a utilização do manancial terapêutico da Gastroenterologia, nomeadamente o material utilizado na manipulação biliar, pode e deve ser considerado nestes casos especiais.

44

SARCOMA DE KAPOSI DO RECTO**Autores**

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

Instituição

Hospital de Santo André, EPE

Resumo

O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia frequente em doentes imunodeprimidos, que pode surgir em qualquer superfície corporal ainda que seja mais frequente na pele. Por vezes, o tumor desenvolve-se na ausência de lesões cutâneas. Histologicamente é constituído por uma proliferação de células fusiformes e o seu tratamento passa por fármacos anti-retrovirais.

Apresenta-se o caso de um homem de 40 anos de idade, sem antecedentes patológicos pessoais ou familiares relevantes, que foi enviado pelo médico assistente para realização de colonoscopia por suspeita de neoplasia do recto após hematoquezia com massa irregular palpável e dolorosa ao toque rectal. Resultados laboratoriais: Leu $5.8 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 13.7 g/dL, plaquetas $247.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, marcadores tumorais normais. Colonoscopia visualizou lesão polipóide no recto de cor vinosa ocupando 2/3 da circunferência luminal. As biópsias efectuadas inicialmente foram inconclusivas, tendo sido necessária macrobiópsia que viria a revelar proliferação de pequenos vasos delimitados por células fusiformes com imunohistoquímica positiva para vimentina, CD31 e CD34 sugerindo sarcoma de Kaposi. Posteriormente foi confirmada serologia HIV positiva, tendo o doente sido referenciado para tratamento anti-retroviral. Os autores realçam a apresentação atípica de um sarcoma de Kaposi que permitiu estabelecer o diagnóstico de SIDA num doente até aí assintomático.

45

ECTOPIA DE MUCOSA GÁSTRICO NO RECTO

Autores

Cardoso E., Pinho R., Silva R.

Instituição

Centro de Detecção Precoce de Cancro Digestivo, Vila do Conde

Resumo

Introdução: A ectopia de mucosa gástrica tem sido descrita frequentemente na literatura ocorrendo em qualquer parte do tubo digestivo. Contudo, a sua ocorrência no recto, descrita pela primeira vez em 1939 por Ewell e Jackson, é incomum, com pouco mais de 40 casos reportados desde então. Os autores relatam o caso de ectopia de mucosa gástrica do recto num doente assintomático.

Caso Clínico: Um homem de 60 anos, assintomático, foi submetido a colonoscopia de rastreio de carcinoma colo-rectal, e no exame endoscópico, observou-se um pólipó pediculado de 8 mm no cólon ascendente, que foi removido com ansa de polipectomia. Identificou-se ainda no recto, a 5 cm da margem anal, uma lesão plana de superfície irregular, bordos elevados, com 30mm de maior diâmetro, de onde foram colhidas biópsias. Ao exame histopatológico, o pólipó foi classificado como adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau, e as biópsias da lesão plana revelaram ser fragmentos de mucosa gástrica. O doente foi informado da natureza benigna da lesão, e esta não foi removida, tendo sido proposto o *follow-up* de reavaliação endoscópica aos 3 anos após polipectomia.

Discussão: Em cerca de 90% dos casos, a ectopia de mucosa gástrica no recto é sintomática, manifestando-se com rectorragias, tenesmo, dor abdominal, e apenas numa minoria é detectada como achado endoscópico. Identifica-se frequentemente como pólipó, mas também pode surgir em divertículo, mucosa ulcerada, placas ou pregas. O diagnóstico é histológico através de biópsias ou da totalidade da le-

são removida por polipectomia, ressecção endoscópica de mucosa ou cirurgicamente. Nos casos sintomáticos, preconiza-se o tratamento endoscópico ou cirúrgico, com excisão da lesão, porém no nosso caso, tendo o diagnóstico sido um achado endoscópico, e não existindo linhas de orientação estabelecidas, optou-se pelo *follow-up* endoscópico, tendo em conta o curso benigno da lesão.

46

PÓLIPO INFLAMATÓRIO CLOACOGÉNICO - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM NEOPLASIA DO RECTO

Autores

Veloso R., Afonso M., Pinto J., Silva A.P., Sanches A. Fraga J.

Instituição

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

Resumo

Introdução: Os pólipos inflamatórios cloacogénicos são um achado patológico raro, que ocorrem na zona de transição ano-rectal. O seu aspecto macroscópico muitas vezes assemelha-se a lesões malignas, pelo que a sua correcta identificação é fundamental. Objectivos: Exposição de caso clínico de doente com antecedentes de 2 cirurgias endocavitárias anorectais por neoplasia rectal exofítica (histologia - adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau), tendo efectuado colonoscopia de vigilância que demonstrou aparente recidiva local da lesão.

Métodos: análise do processo clínico e revisão da literatura.

Descrição: Mulher de 32 anos, com antecedentes de duas cirurgias endocavitárias anorectais por neoplasia do recto de grandes dimensões, efectuou colonoscopia de vigilância cerca de 3 anos após última cirurgia que revelou aos 10 cm da margem anal lesão polipóide ocupando cerca de 1/3 da circunferência luminal, recoberta de mucosa congestiva, friável e com alguma erosões superficiais e, no recto distal, aglomerado de lesões polipóides ocupando cerca de 1/4 da circunferência luminal, igualmente recobertas de mucosa congestiva e com algum exsudado esbranquiçado. Foram efectuadas biópsias: mucosa de superfície irregular, viliforme, de glândulas com actividade mucossecretora preservada, com discreta hiperplasia epitelial e ulceração focal, em relação com pólipó inflamatório cloacogénico, não sendo aparentes focos de displasia. Repetiu novos exames com macrobiópsias das referidas lesões, que confirmaram o diagnóstico histológico.

Conclusões: Apresentação de caso clínico de entidade anorectal benigna rara pouco observada na prática clínica mimetizando recidiva de lesão adenomatosa em doente com antecedentes de exérese de adenoma túbulo-viloso do recto de grandes dimensões.

47

DIEULAFOY DO RECTO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

Autores

Ladeira N., Almeida N., Ferreira M., Amaro P., Romãozinho JM., Gouveia H., Sofia C

Instituição

Serviço de Gastroenterologia dos H.U.C.

Resumo

A lesão de Dieulafoy é uma patologia rara, que se caracteriza pela presença de uma arteríola aberrante e protuberante na submucosa, associada a diminuta solução de continuidade da mucosa suprajacente. Geralmente surge no 1/3 proximal do estômago mas, no entanto, estão reportados casos com localizações em outros segmentos do tubo digestivo. Até à data encontram-se descritos, na literatura, cerca de 34 episódios de hemorragia digestiva baixa (HDB) por Dieulafoy do recto. Os autores apresentam o caso de um homem de 73 anos de idade, leucodermóide, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, diabetes mellitus, fibrilhação auricular e insuficiência cardíaca, admitido no S.U. por hematoquezias abundantes, com rebote hemodinâmico, registando-se uma descida muito significativa da hemoglobina (15,4 » 9,7 g/dL). A primeira colonoscopia foi inconclusiva devido ao abundante conteúdo hemático luminal, mas a repetição do exame, 12 horas depois e, após preparação anterógrada, permitiu identificar, no recto distal, uma lesão com vaso procidente, tipo Dieulafoy, com hemorragia activa em toalha. Foi efectuada hemostase com injeção de adrenalina millesimal (8cc) e aplicação de 2 hemoclips, com absoluta eficácia no controlo da hemorragia, não se verificando qualquer recidiva da mesma. Este caso, documentado iconograficamente, ilustra a dificuldade na identificação deste tipo de lesão no contexto da colonoscopia de urgência (sem preparação adequada), e a importância da conjugação de diferentes métodos hemostáticos (farmacológicos e mecânicos) na sua sanção endoscópica. Assim, apesar da sua raridade, este tipo de lesão deve ser considerado no diagnóstico diferencial dos quadros de HDB severa, uma vez que a terapêutica endoscópica adequada mostra-se eficaz na completa jugulação da hemorragia.

48**QUISTO DE TARLOV - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA DOR PERIANAL****Autores**

Fernandes C., Pinho R., Pinto J., Afonso M., Veloso R., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

C. H. V. N. Gaia/Espinho E.P.E.

Resumo

Os quistos perineurais ou de Tarlov são dilatações quísticas extradurais que contêm na sua parede, ou no seu interior, as fibras no nervo espinhal posterior. De etiologia por esclarecer, estas estruturas podem ser múltiplas e multiloculadas, sendo mais frequentes na região sa-

grada. Apesar duma prevalência de 4,6% a 9% na população adulta, esta é uma entidade habitualmente assintomática e por isso diagnosticada incidentalmente na maioria dos casos.

Os autores apresentam um caso clínico de um homem, 74 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que recorre à consulta de Gastroenterologia por quadro clínico, com 2 meses de evolução, de dor perianal, constante, que agrava com o movimento e com o contacto com a roupa; sem relação com as dejectões; sem alteração do trânsito intestinal ou outros sintomas; o doente relaciona temporalmente o quadro com a realização de ecografia prostática trans-rectal com biopsia. Sem alterações a destacar no exame objectivo e analiticamente. Endoscopia digestiva baixa e ecografia endoanal sem alterações significativas. A ressonância magnética identificou quistos de Tarlov no canal raquidiano com 5 e 12mm. O doente foi medicado sintomaticamente com anti-inflamatório não esteroide e encaminhado para a consulta de Neurocirurgia para orientação do caso.

Com este relato, os autores pretendem alertar para a existência desta patologia e para a sua integração no diagnóstico diferencial de sintomas gastrointestinais. Os autores expõem a iconografia relativa ao caso clínico.

49**COMPLICAÇÃO RARA DE HEMORROIDECTOMIA DE LONGO****Autores**

Caldeira A., Monteiro A., Vaz P., Pereira B., Pais T., Sousa R., Loureiro A., Banhudo A.

Instituição

Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco

Resumo

Introdução: A técnica de Longo, descrita em 1993, afirmou-se como uma alternativa cirúrgica muito atractiva no tratamento da doença hemorroidária. Comparando com outras técnicas cirúrgicas, os doentes apresentam, geralmente, menos dor no pós-operatório com menor consumo de analgésicos e um rápido retorno à actividade laboral. Contudo, este procedimento envolve alguns riscos/complicações que, embora raros, podem ser graves.

Caso Clínico: Mulher, 63anos, com história de obstipação crónica, recorrentes e proctalgia no contexto de doença hemorroidária. A colonoscopia não apresentou alterações e na anuscopia observou-se debrum hemorroidário congestivo grau III. Foi submetida a hemorroidectomia pela técnica De Longo, com hemorragia aparentemente controlada durante a cirurgia. Ficou internada para vigilância do quadro clínico. No pós-operatório imediato iniciou quadro de proctalgia intensa, recorrentes e volumosas e, posteriormente, febre. Foi realizada recotoscopia em que se observaram agrafos/pontos retidos e, perifericamente, 2 soluções de continuidade em localização diametralmente oposta. A maior, localizada na vertente postero-lateral esquerda da transição

recto-anal com vários trajectos fistulosos e grandes orifícios para o espaço pré-sagrado, permitindo identificação de tecido ósseo do sacro. Na tomografia computadorizada identificam-se bolhas gasosas e densificação da gordura do espaço pré-sagrado, especialmente na região postero-lateral esquerda da região de transição recto-anal, sugerindo perfuração extra-peritoneal do recto. Sem sinais de pneumoperitoneu. A hemocultura foi positiva para *Klebsiella oxytoca*.

Apresentou evolução clínica favorável com tratamento médico incluindo antibioterapia de largo espectro e controlo do valor de hemoglobina com concentrado de eritrócitos. Teve alta ao fim de 30 dias. 5 meses depois a doente apresenta-se assintomática.

Conclusão: A deiscência da sutura de hemorroidectomia com perfuração rectal, fistulização e formação de abscessos pélvicos culmina, quase sempre, em sépsis, sendo a drenagem pélvica e colostomia, por vezes, inevitáveis. Documenta-se com iconografia endoscópica um caso de deiscência da sutura após hemorroidectomia de Longo em que o tratamento conservador foi, surpreendentemente, eficaz.

50

PSEUDOLIPOMATOSE DO TUBO DIGESTIVO: A PROPÓSITO DE CINCO CASOS

Autores

Veloso R., Fernandes S., Afonso M., Pinto J., Fraga J.

Instituição

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

Resumo

Introdução: A pseudolipomatose é um achado endoscópico benigno, raramente descrito, caracterizado histologicamente pela presença de vacúolos de ar na parede cólica. É mais frequentemente descrita no cólon com uma prevalência estimada em cerca de 0.02% a 1,7% dos exames endoscópicos.

Objectivos: Exposição de cinco casos de pseudolipomatose com confirmação histológica.

Métodos: análise dos processos clínicos e revisão da literatura.

Descrição: Caso 1: Homem de 53 anos de idade admitido para realização de colonoscopia esquerda para rastreio de carcinoma colorectal (CCR), observando-se no cólon descendente, à entrada do aparelho, áreas de mucosa de tonalidade esbranquiçada não destacáveis com lavagem. A análise histológica confirmou tratar-se de pseudolipomatose; Caso 2: Mulher de 55 anos de idade, admitida para realização de colonoscopia esquerda para rastreio de CCR, observando-se no cólon sigmóide, à entrada do aparelho, várias manchas brancas dispersas intercaladas por mucosa endoscopicamente normal; exame histológico confirmou suspeita de pseudolipomatose; Caso 3: Mulher de 47 anos de idade, efectua colonoscopia para polipectomia, observando-se no

cólon descendente, à retirada do aparelho, várias manchas brancas dispersas, de limites mal definidos; biopsias: pseudolipomatose; Caso 4: Homem, 59 anos de idade, realiza colonoscopia total por suspeita de doença inflamatória intestinal, observando-se na válvula íleo-cecal e cólon ascendente, à retirada do aparelho, várias manchas esbranquiçadas, de limites mal definidos; a histologia confirmou pseudolipomatose; Caso 5: Mulher de 66 anos, admitida para polipectomia de pólo gástrico. Após injeção submucosa de adrenalina diluída observou-se reacção mucosa local imediata, assumindo coloração esbranquiçada; a análise histológica revelou tratar-se de pseudolipomatose.

Conclusões: A pseudolipomatose é um achado endoscópico benigno, raramente descrito. A sua observação no cólon sigmóide à entrada do aparelho levanta a possibilidade de iatrogenia pela preparação cólica. A sua descrição no tubo digestivo superior é extremamente rara.

51

UM CASO DE LINFOMA ABDOMINAL DE CÉLULAS B

Autores

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

Instituição

H. S. Teotónio - Viseu

Resumo

Os autores relatam o caso de doente de 24 anos, sexo masculino, que recorreu à consulta de gastroenterologia por queixas dispépticas e desconforto epigástrico com 1 mês de evolução. Nesse período referia perda ponderal de 6 kg e aparecimento de nódulo epigástrico. Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Ao exame objectivo salientava-se massa no epigastro, de contornos mal definidos e extensão ao hipocôndrio esquerdo. Trazia de ambulatório: EDA sem alterações; ecografia abdominal com evidência de nódulo hepático e esplénico, 33 e 27 mm, respectivamente. Formação tumoral sólida epigástrica, com 15x10cm, sem plano de clivagem com o baço ou pâncreas. Múltiplas adenopatias epigástricas. Líquido peri-esplénico. Na consulta foi pedido estudo complementar: - Análises - discreta elevação de B2 microglobulina (3,9 mg/L), sem outras alterações; - Colonoscopia - abaulamento de parte do cólon transversal, com mucosa congestiva; - TC evidenciou ainda outras 3 massas de tecidos moles (peri-aórtica, sub-hepática e na FID), colocando-se hipótese de linfoma ou GIST gástrico. Foi efectuada nova EDA, com evidência de lesão ulcerada crateriforme no corpo gástrico, de base necrótica e muito friável. Histologicamente, suspeita de linfoma B. Após abordagem por hematologia, anatomia patológica e novas biópsias (incluindo o nódulo hepático) efectuou-se o diagnóstico de linfoma B de alto grau. Proposto para quimioterapia (QT). Enquanto aguardava o 1º ciclo de QT, teve episódio de HDA grave com origem na ulceração gástrica. Angio-TC reve-

lou hemorragia em artéria do hilo esplênico. Referenciado para arteriografia (não necessitou de embolização, por stop espontâneo da hemorragia). Após melhoria, iniciou QT, sem complicações. Após 2º ciclo de QT, realizou-se nova TC, que revelou cura quase total da globalidade das lesões. Os autores apresentam este caso pela raridade e exuberância do quadro clínico inicial e pela resposta extraordinária à medicação. Salienta-se toda a iconografia recolhida.

52**TUMOR INTRA-ABDOMINAL****Autores**

Quintela C., Nunes S., Valente T., Coimbra J., Almeida C.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Cirurgia Geral de CHLC- HSAC

Resumo

Trata-se de uma doente de 78 anos, sexo feminino, caucasiana, admitida por tumor intra-abdominal. Referia desde há 6-7 meses dor abdominal localizada ao hipocôndrio e flanco esquerdos, com irradiação ao dorso, tipo moinha de média intensidade, que aliviava com decúbito lateral esquerdo e agravava com decúbito dorsal, sem relação com refeições ou dejeções, associado a astenia, anorexia não selectiva e emagrecimento de 2 kg. Com antecedentes de HTA essencial, dislipidemia, com gravidez ectópica há 30 anos, histerectomia total e anexectomia bilateral há 27 anos por neoplasia uterina, negava hábitos etanólicos, tabágicos ou alergias medicamentosas e medicada habitualmente com mebeverina, omeprazol, sinvastatina, ticlopidina. Ao exame objectivo constatou-se: Bom estado geral, corada, anictérica, sem adenopatias palpáveis; apirética. No abdómen: palpa-se tumor abdominal no epigastro, hipocôndrio e flanco esquerdos, doloroso, de consistência elástica, com cerca de 15 cm, em continuidade com baço? Sem hepatomegália. Laboratorialmente destaca-se leucocitose de 13000 com eosinofilia relativa de 50%. Na TC observa-se massa abdominal na metade abdominal esquerda, sem plano de clivagem com baço e estômago. Realizou EDA sem alterações endoscópicas e RM abdominal constatou-se massa aparentemente vascularizada, sem plano de clivagem com baço, sem invasão dos eixos vasculares. A doente realizou mielograma e biopsia óssea com pesquisa da translocação BCR/ABL negativa. Realizou laparotomia exploradora a 12/8/2009 tendo realizado gastrectomia subtotal, excisão tumoral, ressecção parcial do delgado. No exame macroscópico da peça operatória verificou-se: Tumor elástico com 2,262 gr e 18x20x10 cm em relação com um fragmento de mucosa gástrica, que parece ter relação com a camada muscular gástrica. Diagnóstico histológico: GIST gástrico. Os GIST são tumores mesenquimatosos do aparelho gastroenterológico com origem na célula intersticial de Cajal (cels ganglionares mioentéricas constituindo 1% das neoplasias gastroenterológicas.

53**TUMORES DO ESTROMA GASTROINTESTINAL - UM ESTUDO RETROSPECTIVO****Autores**

Ricardo L., Rodrigues C., Alberto S., Sánchez P., Murillo M., Gomes F., Figueiredo A., Pinheiro N., Santos S., Deus J.

Instituição

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Resumo

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são pouco frequentes, com uma incidência de 10 a 20 casos por milhão de habitantes/ano. Surgem em todo o tubo digestivo, mesentério ou epíloon adjacente; Apesar de mais frequentes no estômago (60-70%), também podem aparecer no intestino delgado (20-25%), cólon e recto (5%) e esófago (<5%). A sua forma de apresentação é variável, desde pequenos nódulos assintomáticos até formas mais agressivas. Actualmente a sua classificação é feita de acordo com os critérios de Fletcher.

Objectivo: Revisão e caracterização dos casos de GIST do nosso hospital num período de 13 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes diagnosticados com GIST por critérios imuno-histoquímicos desde Janeiro de 1997 até Dezembro de 2009 e classificados de acordo com os critérios de Fletcher.

Resultados: Foram incluídos 63 doentes (35 homens e 28 mulheres), com uma idade média de 63,5 (15 - 89) anos. A maioria dos GIST estavam localizados no estômago (n=29; 46,0%) e no intestino delgado (n=28; 44,4%); Cinco casos foram detectados como metástase de tumor oculto. Segundo os critérios de Fletcher, 24 (38,1%) eram de alto risco, 4 (6,3%) de risco intermédio e 35 (55,6%) de baixo risco. Dos 27 doentes com cinco ou mais anos de doença, 18 (66,7%) morreram por progressão da mesma. Dos 24 que apresentaram uma classificação de alto risco, 21 (87,5%) apresentaram metástases à distância, sendo que estas surgiram em 5 (14,3%) dos 35 doentes de baixo risco.

Conclusões: No presente estudo, verificou-se um predomínio do sexo masculino e com localização gástrica e no intestino delgado mais frequente. A aplicação dos critérios de Fletcher foi consistente com a evolução consideravelmente mais desfavorável nos doentes de alto risco.

54**APRESENTAÇÃO RARA DE GIST: UM DIFÍCIL DIAGNÓSTICO****Autores**

Veloso R., Afonso M., Pinto J., Silva A.P., Fraga J.

Instituição

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

Resumo

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GISTs) são neoplasias raras com uma incidência anual estimada de cerca de 15 casos por milhão de pessoas/ano. A sua evolução clínica é em grande parte influenciada pela forma de apresentação e características histopatológicas do tumor.

Objetivos: Os autores apresentam caso clínico de localização rara de GIST, de grande dificuldade diagnóstica.

Métodos: Análise do processo clínico e revisão da literatura.

Descrição: Homem de 51 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por diarreia, dor abdominal difusa tipo cólica e febre. Do estudo efectuado no SU destaca-se anemia (Hb- 8,3 g/dl), leucocitose com neutrofilia e elevação da PCR (18,04 mg/dl). Tomografia computadorizada (TC) no SU: espessamento parietal do íleo distal e duas colecções sugestivas de abscessos, uma na proximidade do íleo terminal e outra na vertente anterior do recto. Internado por suspeita de Doença de Crohn, efectuando-se drenagem percutânea das locas abedeadas e iniciando-se antibioterapia de largo espectro. Evolução clínica favorável, mantendo contudo imagem na TC de estrutura anfractuosa na escavação pélvica de paredes espessadas e conteúdo hidroaéreo. Ileocolonoscopia sem lesões. Procedeu-se a "core-biopsy" percutânea que diagnosticou neoplasia com densidade celular heterogénea, constituída por proliferação de células fusiformes, citoplasma indistinto, núcleos alongados, cromatina homogénea com pleomorfismo nuclear ligeiro, índice mitótico baixo e imunohistoquímica: CD117: Positivo (+++) universal, Actina muscular lisa e S100: Positiva (++) difusa, Desmina: Positiva (+) focal, CD34: Negativo - compatível com GIST de padrão fusiforme. PET-FDG- massa de grandes dimensões, com captação heterogénea e ávida na região pélvica. Por contacto com parede vesical e cólon efectua quimioterapia neoadjuvante com imatinib seguida da exérese cirúrgica do tumor, confirmando-se a presença de GIST.

Conclusões: Caso clínico de apresentação rara e atípica de GIST, necessitando de abordagem multidisciplinar e de elevado grau de dificuldade diagnóstica.

55

DETERMINAÇÃO DA CITRULINÉMIA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA MALABSORTIVA - ANÁLISE PRELIMINAR**Autores**

Costa B.P., Serôdio M., Rodrigues A., Simões M., Veríssimo C., Grazina M., Sousa F.C.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra (Serviço de Cirurgia III); Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; C.N.B.C.

Resumo

Diversos autores têm sugerido que a citrulinémia pode constituir um parâmetro simples, objectivo, quantitativo e reproduzível da função enterocitária, independente do estado de nutrição. Com o objectivo de determinar a acuidade da citrulinémia na avaliação da função intestinal, no contexto da cirurgia bariátrica malabsortiva (CBM), realizou-se um estudo caso-controlo incluindo 13 doentes submetidos a este tipo de intervenção (12 by-pass gástricos por laparoscopia e um duodenal switch) e 11 indivíduos controlo. As citrulinémias foram avaliadas por cromatografia de troca iónica, em jejum e 80 minutos após um teste de estimulação com glutamina oral. Os doentes obesos, com uma idade média de 43,8±8,7 anos, evidenciaram, após a intervenção, uma redução do excesso de índice de massa corporal de 68,7±16,3 (34,1-90,4)% e melhoria ou resolução das comorbidades. Os valores médios da citrulinémia foram similares nos doentes submetidos a CBM e nos indivíduos controlo (35,5±11,1 versus 32,2±6,6 µmol/L; n.s.). A citrulinémia não se correlacionou significativamente com a redução do excesso ponderal pós-operatório, com a duração do "follow-up" nem com os parâmetros antropométricos e de composição corporal. Estes resultados podem ser atribuídos a uma insuficiência acuidade da citrulinémia relativamente aos efeitos malabsortivos das intervenções efectuadas ou ao facto desta reflectir a função intestinal global, incluindo os segmentos excluídos do circuito digestivo. Após o teste de estimulação, a variação percentual da citrulinémia (8710; Citrulinémia) foi inferior nos doentes operados (35,3±23,4 versus 38,9±34%; n.s.) e correlacionou-se inversamente com a redução do excesso ponderal (coeficiente de Spearman=-0,6; p=0,03). A concentração plasmática de ornitina, aminoácido precursor da citrulina, foi menor nos doentes operados, atingindo valores inferiores a 80,5 µmol/L em 63,6% dos casos (versus 18,2%, p=0,004; odds ratio=23,6; acuidade=79%). Esta análise preliminar sugere que a citrulinémia dos doentes submetidos a CBM não difere da observada na população saudável e que esta não constitui um factor prognóstico relevante neste contexto.

56

OBESIDADE VISCERAL E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM POPULAÇÃO ADULTA**Autores**

Afonso M., Pinto J., Veloso R., Leite S., Fernandes S., Pinho R., Silva A., Alberto L., Rodrigues A., Proença L., Freitas T., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Resumo

Introdução: A obesidade é uma doença altamente prevalente e de elevada morbimortalidade. A distribuição da gordura, particularmente a

gordura visceral (GV) foi capaz de prever o risco cardiovascular e metabólico. A medição da GV por ecografia é um método prático e reprodutível.

Objetivo: caracterizar a obesidade visceral e relação com outros parâmetros antropométricos/nutricionais na população adulta.

Doentes e Métodos: Estudo em indivíduos não seleccionados que fizeram rastreio de cancro do cólon no período de um ano. Realizado inquérito de frequência alimentar por nutricionista. Avaliadas variáveis antropométricas e massa gorda por impedância. A GV e gordura subcutânea (GS) foram avaliadas por ecografia pelo mesmo gastroenterologista. Estatística: Teste-T, correlação de Pearson.

Resultados: Incluídas 305 pessoas, 143 (46,9%) do sexo feminino, idade média 60±6,9 anos. GV média 41,7±18,2mm; GS média 15,6±5,2mm; Índice de Massa Corporal (IMC) 28,8±13,1Kg/m²; perímetro de cinta (PC) 96,5±9,1cm; perímetro de anca (PA) 102,5±8,6cm, relação PC/PA 0,94±0,7; massa gorda 22,4±8,9Kg; %massa gorda 30,1±7,7. Verificou-se diferença significativa entre homens e mulheres para: GV (46 vs 37mm respectivamente, p=0,000), GS (p=0,000), PA (p=0,03), PC (p=0,05), PC/PA (p=0,000), massa gorda (p=0,001) e %massa gorda (p=0,000), consumo calórico (p=0,001), gorduras polinsaturadas (p=0,047) e álcool (p=0,000). Não se verificou diferença para o IMC (p=0,086) entre homens e mulheres. Verificou-se correlação significativa entre GV e: IMC (r=0,43; p=0,000), PC (r=0,6; p=0,000), PA (r=0,39; p=0,000), PC/PA (r=0,41; p=0,000) e massa gorda (r=0,23; p=0,01).

Conclusões: 1- Nos homens verificou-se gordura visceral mais elevada bem como os parâmetros da obesidade estudados com excepção do IMC. 2- O consumo calórico e de álcool foi significativamente superior nos homens. 3- A GV correlacionou-se positivamente com os parâmetros antropométricos e massa gorda.

57

SINTOMAS GASTROINTESTINAIS EM DOENTES COM MUTAÇÃO DO GENE SCN5A

Autores

Araújo R., Santos L., Cunha N., Castanheira A., Santos O., Silva A.

Instituição

H. S. Teotónio - Viseu

Resumo

Introdução: Os nervos entéricos, músculo e sistema imune, interagem para regular a motilidade gastrointestinal (GI). Este controle é coordenado por uma célula denominada célula intersticial de Cajal através de uma complexa interacção entre canais iónicos. Recentemente foram descobertos 2 canais de sódio que intervêm nesta regulação (relacionados com o gene SCN5A). Este gene também aparece relacionado com canais de transporte iónico cardíaco. Mutações deste canal estão relacionadas com 2 alterações cardíacas: síndrome do QT longo e síndrome de Brugada tipo 1 (SB). Coloca-se a hipótese de uma possível

relação entre a patologia cardíaca especificada e síndromes de dismotilidade GI. Na nossa região existe uma família em estudo por SB.

Objetivos: Avaliar a presença de sintomas GI em doentes com mutação do gene SCN5A. Relação entre patologia cardíaca e alterações eletrofisiológicas da motilidade GI. Comparar queixas GI entre população portadora e não portadora dessa mutação.

Material e métodos: Aplicação de questionário de avaliação GI correspondente aos critérios de ROMA III, em doentes seguidos em consulta de cardiologia com história familiar de morte súbita e a quem foi efectuada pesquisa genética para a mutação do gene SCN5A.

Resultados: Avaliados 39 doentes: 18 positivos para a mutação SCN5A e 21 Negativos para essa mutação. Dos positivos, 23,8% apresentavam critérios de síndrome do intestino irritável (SII) e 23,8% critérios de dispepsia funcional (DF). Dos negativos, 22,2% apresentavam critérios de SII e 16% critérios de DF. Dos positivos, 28,5% apresentaram critérios de distensão gasosa funcional contra 44% dos negativos. Obstipação funcional e diarreia funcional obtiveram resultados muito semelhantes nos 2 grupos.

Conclusões: Os resultados alcançados até ao momento não permitem estabelecer uma relação evidente entre a mutação do gene SCN5A e queixas GI. As duas populações apresentam resultados sobreponíveis nas queixas e respostas aos questionários, semelhantes aos da população em geral.

58

ENDOSCOPIA DIGESTIVA E VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Autores

Ferreira F., Albuquerque A., Ribeiro A., Macedo G.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Hospital de São João

Resumo

Introdução: A endoscopia digestiva alta (EDA) é essencial na abordagem dos doentes com infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV), permitindo a documentação histológica de infecções oportunistas e neoplasias.

Objetivos: Analisar a sintomatologia, os achados endoscópicos, histológicos, e grau de imunossupressão dos doentes HIV referenciados para EDA.

Métodos: Seleccionados os doentes HIV internados, submetidos a EDA entre 2007-2009.

Resultados: Foram identificados 335 internamentos, das quais efectuadas 107 EDA correspondendo a 74 doentes com idade média 42,3±12,6 anos e 71% do sexo masculino. A contagem de CD4 média foi 135,6±132,5 células/mm³; 26 casos apresentavam contagem de CD4 inferior a 50 células/mm³. Em 27 doentes (36%) existia infecção concomitante pelo vírus da hepatite C.

A clínica que motivou a realização de EDA foi: disfagia 23,8%, anemia 22,5%, vômitos 21,3%, epigastralgias 16,3%. Encontraram-se lesões em 74,8% das EDA, distribuídas da seguinte forma: esôfago 62% - candidíase 34,3%, esofagite erosiva 7,8%, úlcera esofágica idiopática 6%, 3% de esofagite vírica ou bacteriana (CMV ou HSV ou Mycobacterium tuberculosis) e 1% de carcinoma epidermóide; estômago 37% - gastropatia eritematosa 25,3%, gastropatia hipertensiva 6%, úlcera 3,6% e 2% neoplasias (sarcoma de Kaposi e linfoma de células B); duodeno 13,9% - hipéremia duodenal 11%, pólipos 1,8%, e 1,1% de linfoma difuso de grandes células B. Os diagnósticos de esofagite vírica, bacteriana ou fúngica e neoplasias foram confirmados por exame histológico e imunohistoquímico. Infecções oportunistas foram identificadas em 34,6% dos casos, nomeadamente 36% dos doentes com contagem CD4 < 200 células/mm³ e 13% dos doentes com contagem ≥ 200 células/mm³ (po,03). Foi mais frequente candidíase esofágica nos doentes com candidíase oral - 48,6% (p<0,001). **Conclusões:** Nos doentes com infecção VIH e sintomatologia digestiva observou-se elevada frequência achados endoscópicos. Nestes incluem-se neoplasias e as infecções oportunistas, que ocorreram com maior frequência nos doentes com menor contagem de CD4.

59

REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS: AVALIAÇÃO DA TÉCNICA E PERCEÇÃO DE RISCO

Autores

Vieira A., dos Santos Oliveira R. L.

Instituição

Centro Hospitalar de Lisboa - Serviço de Gastroenterologia

Resumo

Objectivo: Avaliar o Reprocessamento de Endoscópicos, em termos de técnica e percepção de risco.

Material e métodos: Estudo exploratório e descritivo, análise quantitativa. Amostragem não probabilística constituída por 30 reprocessamentos de endoscópios e 8 profissionais de saúde responsáveis pelo mesmo. Recolha de dados feita através de "Check-list" (criada a partir das guidelines europeias): observados 30 reprocessamentos; e de Questionário aplicado aos profissionais de saúde.

Resultados: Apesar de 62,5% dos profissionais referir que se encontram bem informados sobre os riscos profissionais a que estão sujeitos, e 37,5% razoavelmente informados, apenas 40% (Dp=37,80) refere usar material de protecção individual de forma correcta. Os profissionais mostram possuir conhecimentos sobre material de protecção individual, que o mesmo está disponível, contudo não aderem à sua utilização.

75% dos profissionais refere que não frequentou acções de formação no âmbito do reprocessamento, sendo que a totalidade mostra-se motivada a frequentar, os temas que consideram mais pertinentes estão

directamente relacionados com riscos para a saúde.

Observação da técnica: Pré-tratamento: valores de cumprimento de 100% em todas as acções observadas;

Descontaminação: valores de incumprimento de 100% em 4 das acções observadas das quais destaco: "Uso de material de protecção individual adequado"; valores reduzidos de execução (16,67%) em 2 das acções observadas;

Desinfecção: valores de incumprimento de 100% em 3 das acções observadas.

Conclusão: Verifica-se uma minimização dos riscos a que os profissionais consideram estar sujeitos, estando isso intrinsecamente ligado à adesão ao uso de material de protecção individual. Na técnica de reprocessamento existem falhas técnicas e por parte dos profissionais que devem ser alvo duma reflexão cuidada.

É notória a necessidade de formação, importa definir as estratégias de formação uma vez que a intervenção terá que ser integradora dos diferentes factores susceptíveis de influenciar o comportamento e, não só, ir de encontro ao que os profissionais referem que precisam.

60

ECOENDOSCOPIA DE INTERVENÇÃO: EXPERIÊNCIA PRELIMINAR DE UM CENTRO

Autores

Pinto Marques P., Serra D., Bismarck J., Alvarez P., Moreira H., Castro H.

Instituição

Hospital da Luz

Resumo

Introdução: Nos últimos 15 anos a ecoendoscopia tem visto o seu campo de aplicação alargar-se significativamente à área de intervenção.

Objectivo: Avaliação preliminar da nossa experiência na área da ecoendoscopia de intervenção.

Material e métodos: Revisão dos procedimentos realizados entre Janeiro de 2008 e Março de 2010.

Resultados: Seleccionaram-se 7 casos (1 drenagem pseudoquistico; 1 neurólise plexo celiaco; 5 acesso via biliar). Os procedimentos realizaram-se sob sedação com apoio anestésico. **I. Drenagem** Homem, 28 anos, pancreatite aguda idiopática com pseudoquistico 6 cm - compressão antro-bulbar. Fez-se ecoendoscopia linear, punção (agulha 19T), aspiração, fio 0.035", troca por instrumento terapêutico, dilatação balão 8 mm, colocação de duas próteses 10 Fr. Aos 3 meses, assintomático, próteses in situ associadas a involução do pseudoquistico (11 mm). **II. Neurólise** Mulher, 49 anos, carcinoma do colo do utero avançado com invasão retroperitoneal; Realizou-se neurólise com álcool absoluto. Follow-up 3 meses: Dor controlada. **III. Acesso à via biliar** (CPRE prévia não sucedida)

Idade	Indicação	Diagnóstico "de novo" por Ecoendoscopia	Acesso	Agulha/fin	Colangiografia	Abzades-romo	CPRE	Complic	CPT
77	Dilatação VBPI/VBHI/ausu?	Neoplasia pâncreas (T1N1, ENA, ADC)	Kistomato	22;0.018	Sim	Não	Não	-	Dreno externo
78	S/P ampliclectomia Colangite	Colodocolitase	Bulbar	22;0.018	Sim	Sim	Sim	-	-
79	Colangite	Colodocolitase	Bulbar	15;0.035	Sim	Não	Sim	-	-
59	Neoplasia pâncreas	-	Gástrico	22;0.018	Sim (fixo)	Não	Sim	-	-
50	Colodocolitase	-	Kistomato	15;0.035	Sim	Não	Sim	-	-

Conclusão: A ecoendoscopia de intervenção é um novo campo por onde a evidência, sendo promissora, ainda não é robusta merecendo por isso uma avaliação crítica. No acesso biliar é condição necessária experiência em ecoendoscopia/CPRE e uma equipa multidisciplinar (Cirurgia e Radiologia de Intervenção).

61

COENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL - EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS

Autores

Moutinho-Ribeiro P., Cotter J.

Instituição

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães, Serviço de Gastroenterologia

Resumo

Objectivo: Estudo descritivo da experiência na realização de ecoendoscopia 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 24 meses iniciais das ecoendoscopias efectuadas (1/4/2008 a 31/03/2010). Equipamento: ecoendoscópio radial Olympus GF-UE160-AL5 (freq.5-10MHz) e ecógrafo ALOKA alfa-10. Os exames ecoendoscópicos baixos (EEB) compreenderam, frequentemente, a realização adicional de ecografia endoanal com sonda rectal rígida radial ALOKA ASU-67 (freq.7,5-10 MHz), para melhor avaliação das estruturas do canal anal. Os exames ecoendoscópicos altos (EEA) foram realizados sob sedoanalgesia.

Resultados: Foram realizadas 328 ecoendoscopias digestivas, das quais 236 (72,0%) foram EEA e 92 (28,0%) EEB. População estudada: 161 homens e 167 mulheres, com idade média de 58,6±13,1 anos. Principais indicações das EEA: avaliação de lesões subepiteliais/compressões extrínsecas- 202(85,6%); estadiamento de neoplasia esofágica- 19(8,1%); estadiamento de neoplasia gástrica- 5(2,1%); outras- 10(4,2%). Principais indicações das EEB: estadiamento de neoplasia do recto- 55(59,8%); estadiamento de neoplasia do canal anal- 2(2,2%); avaliação de processo supurativo/fistuloso- 24(26,1%); avaliação de lesão subepitelial/compressão extrínseca-4 (4,3%); incontinência-3 (3,3%); outras- 4(4,3%). Não se registaram complicações. Em 12 (3,6%) dos 328 exames, foi sugerida ressecção endoscópica ou cirúrgica da lesão. Em 26 casos (7,9%), os achados diagnósticos tiveram indicação para estudo complementar com minisonda de alta frequência e/ou punção aspirativa com agulha fina.

Conclusões: Nos 24 meses iniciais após a implementação da ecoen-

dosscopia 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 92,1% dos doentes, a ecoendoscopia radial foi suficiente para a orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes, justificando assim, na nossa opinião, a sua crescente implementação em alguns Serviços de Gastroenterologia.

62

MANOMETRIA ESOFÁGICA EM DOENTES COM ESCLERODERMIA: PROCEDIMENTO DE ROTINA OU APENAS EM DOENTES SINTOMÁTICOS?

Autores

Torres J., Ferreira R., Fortuna J.¹, Silva, F.¹, Silva D.¹, Trigo E.¹, Pereira M.J., Carvalheiro J., Fernandes A., Simões M.², Agostinho C., Panão E., Campos M.J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Centro Hospitalar de Coimbra, EPE ¹ Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Coimbra, EPE ² Fisiologia/ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A esclerodermia sistémica caracteriza-se por anomalias estruturais dos pequenos vasos sanguíneos e fibrose da pele e órgãos internos. Ocorre envolvimento esofágico, com atingimento da porção distal (músculo liso), em 50-90% dos doentes.

Objectivo: avaliar as alterações manométricas num grupo de doentes com esclerodermia sistémica (difusa/ CREST) e sua relação com a sintomatologia esofágica. Determinar a sensibilidade (S), especificidade (E), o valor preditivo positivo e negativo (VPP e VPN) da presença de sintomas em relação aos achados manométricos.

Métodos: Manometria esofágica estacionária com catéter multilúmen (3 orifícios radiais para avaliação do EEI e 3 proximais espaçados de 5 cm para estudo do corpo esofágico). Método de station pull-through para avaliação do EEI. Teste de Fischer para comparação entre médias.

Resultados: 13 doentes, 11 mulheres, idade média: 56.2±12.6A. Esclerodermia difusa:4/ síndrome CREST:9. Tempo médio de evolução da doença após diagnóstico: 29 meses (3-84). Sintomas em 69% dos doentes: disfagia(46%), pirose (31%), dor retro-esternal(23%) e regurgitação (8%). Achados manométricos anormais em 77% dos casos. Um doente com aperistalse esofágica. Nos restantes, a amplitude média das ondas de contracção esofágica foi normal (52.4±25.4 mmHg, N: 30-160 mmHg). Verificada diminuição da amplitude do esófago distal em 61.5%, com critérios de hipotonia (P<30 mmHg, f 30%) em 38.5%, e hipotonia do EEI (P<14 mmHg) em 30.8% dos doentes. Ambos os achados co-existiram em 15.4% dos casos. A presença de sintomas não foi significativamente diferente entre os doentes com e sem alterações manométricas e teve uma S: 78%, E: 25%, VPP: 70% e VPN: 33%.

Conclusão: Neste grupo verificaram-se alterações manométricas em 77% dos doentes. A presença de sintomas, apesar de apresentar elevada sensibilidade (78%) e VPP (70%) para a ocorrência de alterações manométricas, teve baixa especificidade (25%) e VPN (33%); assim, a manometria esofágica deverá ser realizada em todos os doentes com esta patologia.

63

TRÂNSITO DE BÓLUS ESOFÁGICO ANORMAL DETECTADO POR IMPEDÂNCIA EM DOENTES COM MANOMETRIA NORMAL - SIGNIFICADO CLÍNICO?

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, CHLN - Hospital de Santa Maria

Resumo

Introdução: A impedância esofágica, quando associada a manometria, permite caracterizar a existência de défice de trânsito de bólus nas diferentes patologias manométricas. Várias séries têm demonstrado a existência de alterações do trânsito de bólus em doentes com manometria normal, desconhecendo-se até à data o significado clínico desta associação.

Objectivo: avaliar a relevância clínica de impedância esofágica anormal em doentes com manometria esofágica normal submetidos a estudo funcional esofágico.

Métodos: Num período de 9 meses 126 doentes referenciados ao nosso centro para estudo funcional esofágico realizaram manometria esofágica combinada com impedância. Destes, seleccionamos os que apresentavam manometria normal.

Resultados: Dos 126 doentes 71 (56%) não apresentavam alterações manométricas. Destes, 22 (31%) tinham alteração do trânsito de bólus e 49 (69%) trânsito de bólus normal. Dos 22, 54.4% apresentavam trânsito incompleto para bólus líquido, 22.7% para bólus viscoso e 22.7% para ambos. A amplitude média de ondas no esófago distal nos doentes com trânsito de bólus normal era de 93.2 mmHg comparada com 78.5 mmHg nos doentes com trânsito anormal ($p < 0,04$). Dos doentes com trânsito anormal, 40.9% tinham disfagia comparado com 26.5% no grupo com trânsito normal ($p < 0,27$). Conclusão: A impedância esofágica detecta alterações do trânsito de bólus em doentes com manometria normal. O trânsito de bólus anormal foi mais frequentemente identificado nas deglutições líquidas e está relacionado com amplitudes médias do esófago distal significativamente mais baixas. Tal como sugerido por outros grupos, este achado poderá ter relevância clínica nos doentes com disfagia não orgânica, podendo a impedância esofágica revelar-se um indicador mais sensível de disfunção, contribuindo para uma reclassificação das entidades manométricas estabelecidas.

64

TRÂNSITO DE BÓLUS ANORMAL NA IMPEDÂNCIA DE DOENTES COM MANOMETRIA ESOFÁGICA NORMAL. QUAL O SEU SIGNIFICADO CLÍNICO?

Autores

Pires E., Almeida I., Mateus F., Serra D.

Instituição

Centro de Gastroenterologia - Hospital da Luz

Resumo

Introdução: A nova técnica de Impedância permite o estudo do trânsito de bólus esofágico durante a deglutição, sem radiação ionizante, complementando a manometria convencional que apenas nos fornece informação sobre as pressões intraluminais.

Objectivo: Avaliar as características clínicas, manométricas e estudos de trânsito de bólus por impedância em doentes com traçados manométricos normais.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com Doença de Refluxo Gastro-Esofágico (DRGE) referenciados ao nosso laboratório entre Outubro/2008 e Fevereiro/2010, submetidos previamente a Endoscopia Digestiva Alta que excluía lesão estrutural do esófago (exceptuando esofagite e hérnia do hiato), para estudo funcional do esófago. Este foi realizado com cateter sólido de manometria com eléctrodos de impedância acoplados (Sandhill Scientific) com o doente em posição de decúbito dorsal, sendo administradas 10 deglutições de soro fisiológico e 10 deglutições de substância viscosa.

Resultados: Foram estudados 9 doentes (7 mulheres e 2 homens) com média etária de 51,8 anos (31-67 anos). Sintomaticamente apresentavam: disfagia-2; pirose-5; regurgitação-4; dor torácica-4. A pressão média do Esfíncter Esofágico Inferior foi de 17,9 mmHg, todos com relaxamento completo em resposta às deglutições. A amplitude média das ondas peristálticas foi de 77,2 mmHg (36-132mmHg) ocorrendo ondas não transmitidas em: 20%-2; 10%-1; <10%-2. O trânsito de bólus foi incompleto para deglutições líquidas em 7 doentes; para deglutições viscosas em 3 doentes; e para ambas em 1 doente.

Discussão: Apesar do significado incerto da detecção de manometria normal com impedância anormal, o estudo do trânsito de bólus com impedância associado à manometria pode contribuir para melhor esclarecimento de função esofágica nos doentes com DRGE que se apresentam com disfagia (22% dos nossos doentes) ou que são propostos para cirurgia.

65

MANOMETRIA COMBINADA COM IMPEDÂNCIA ESOFÁGICA - CLARIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS ESOFÁGICAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santa Maria -CHLN

Resumo

Introdução: a impedância esofágica combinada com manometria permite associar ao estudo das pressões esofágicas o trânsito de bólus, conseguindo melhor compreensão das perturbações funcionais esofágicas.

Objectivos: avaliar do ponto de vista funcional [manometria+impedância] os doentes referenciados ao nosso centro.

Métodos: 126 doentes realizaram manometria esofágica combinada com impedância. Cada doente deglutiu 10 bólus líquidos e 10 bólus viscosos. Os achados manométricos foram classificados segundo os critérios definidos por Spechler e Castell para deglutições líquidas. Trânsito de bólus (TB) normal foi definido se $\geq 80\%$ de deglutições líquidas e $\geq 70\%$ de deglutições viscosas tinham trânsito completo.

Resultados: foram avaliados 126 doentes, 59% homens e 41% mulheres, idade média de 54,5 anos. Os principais motivos foram: disfagia (45%), refluxo gástroesofágico (avaliação pré-operatória ou confirmação diagnóstica - 33%), refluxo refractário (19%), refluxo atípico/supraesofágico (7%). Os achados manométricos foram: manometria normal 71(56%), motilidade esofágica ineficaz (MEI) 11(9%), acalásia 10(8%), EEI hipotónico 9(7%), esófago em "Quebra-nozes"[EQN] 7(6%), relaxamento incompleto EEI 7(6%), espasmo distal do esófago (EDE) 6(5%), esclerodermia 3(2%). Nenhum dos doentes com acalásia ou esclerodermia apresentaram TB normal. Todos os doentes com EQN e EEI hipertensivo tinham TB normal. No grupo da MEI, 45% tinham trânsito normal, 36% défice grave (TB anormal para líquidos e viscosos) e 9% défice moderado (TB anormal para líquidos ou viscosos). No grupo do EDE: 16% TB normal, 50% défice grave, 33% défice moderado. Nos doentes com EEI hipotónico 44% tinham défice moderado. Nos doentes com manometria normal 31% apresentavam TB anormal.

Conclusão: o trânsito de bólus está mais severamente comprometido nas patologias com compromisso grave da motilidade do corpo do esófago. As alterações isoladas do EEI têm pouca relevância no trânsito de bólus. Os grupos mais heterogêneos são os doentes com MEI e EDE. No futuro, novos estudos poderão clarificar o significado clínico destes achados.

66

ALTERAÇÕES MANOMÉTRICAS DO ESFÍNCTER ESOFÁGICO INFERIOR NUM GRUPO DE DOENTES COM ACALÁSIA**Autores**

Torres J., Ferreira R., Pereira M.J., Carvalheiro J., Fernandes A., Simões M.¹, Agostinho C., Panão E., Campos M.J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Centro Hospitalar de Coimbra, EPE
¹Fisiologia/ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A acalásia primária é um distúrbio motor esofágico caracterizado por aperistalse do corpo esofágico (porção distal de músculo liso) e alguma anomalia associada do esfíncter esofágico inferior (EEI) (alteração do relaxamento ou aumento da sua pressão). As alterações do EEI, não sendo obrigatórias para o diagnóstico manométrico de acalásia, podem contribuir para o diagnóstico diferencial com outras patologias.

Objectivos: descrever a variabilidade da pressão (P) e as características dos relaxamentos do EEI num grupo de doentes com acalásia primária.

Métodos: Manometria esofágica estacionária com catéter multilúmen (3 orifícios radiais para avaliação do EEI e 3 proximais espaçados de 5 cm para estudo do corpo esofágico). Método de station pull-through para avaliação do EEI. Avaliação dos relaxamentos com média de 6 deglutições líquidas (2-8).

Resultados: 14 doentes, 10 homens; idade média: 64,4±18.6 anos (37-90). Em 3 doentes não foi possível avaliar os relaxamentos com a deglutição (falta de colaboração em dois e impossibilidade de colocação da sonda no estômago no outro). Todos os doentes apresentavam aperistalse esofágica. A pressão do EEI foi normal (14-34 mmHg) em 38.5% (5/13) e elevada em 61.5% (8/13), apresentando critérios de EEI hipertensivo (> 45 mmHg) em 38,5% (5/13) dos casos. Nenhum doente teve critérios de hipotonia do EEI. A P residual média foi elevada (> 5 mmHg) em 63.6% dos doentes. Do total dos 60 relaxamentos avaliados, 81% foram incompletos. Houve 10 relaxamentos aparentemente completos, dos quais dois foram de curta duração.

Conclusões: O EEI apresentou pressões normais ou elevadas em todos os doentes e critérios de esfíncter hipertensivo em 38.5%. A globalidade dos relaxamentos avaliados (81%) foram incompletos e 20% dos relaxamentos completos foram de curta duração. Assim, o EEI apresentou sempre alguma anomalia neste grupo de doentes. O conhecimento desta variabilidade manométrica é fundamental para uma correcta interpretação do exame.

67

PRÓTESES BIODEGRADÁVEIS: UMA NOVA ALTERNATIVA NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DAS ESTENOSES BENIGNAS DO TUBO DIGESTIVO**Autores**

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

Instituição

S. Gastroenterologia - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Resumo

Introdução: As próteses esofágicas biodegradáveis auto-expansíveis (SX-Ella, s.r.o., Czech Republic) surgiram recentemente como uma nova alternativa terapêutica nas estenoses benignas do tubo digestivo.

Permite um período mais prolongado de dilatação em relação aos métodos convencionais, sem necessidade de remoção da prótese. Os autores apresentam a sua experiência neste procedimento, analisando a sua segurança e eficácia.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de 4 procedimentos de colocação de próteses biodegradáveis em 4 doentes (apenas mulheres, idades 44-82 anos), com um período de seguimento de 2 a 8 meses. Todas as doentes apresentavam estenoses benignas (pós-cirúrgicas) sintomáticas do tubo digestivo alto: 1 caso de vômitos de estase por estenose de anastomose gastro-jejunal (pós-gastrectomia parcial), refractária à dilatação com balões TTS; 2 casos de disfagia por estenoses precoces de bolsas gástricas pós-cirurgia bariátrica; e 1 caso de disfagia por estenose pós-funduplicatura de Nissen. As próteses biodegradáveis foram colocadas usando a técnica "over the wire", com marcação das margens da lesão e colocação da prótese sob controlo radioscópico.

Resultados: Registou-se sucesso técnico nos 4 casos, com colocação da prótese a franquear a totalidade da área estenótica. Não se registaram complicações do procedimento, nomeadamente casos de perfuração, hemorragia ou dor. Nos casos de disfagia, registou-se resolução imediata dos sintomas. No único caso com vômitos de estase (por estenose de anastomose gastro-jejunal), a reintrodução da dieta oral foi mais lenta, ficando a doente assintomática após 4 dias da colocação da prótese. Foi realizada endoscopia às 8 semanas de seguimento em 2 casos, documentando-se degradação avançada da prótese (em 1 caso, quase desaparecimento completo da prótese). Após um período de seguimento variável (2-8 meses), todas as doentes permanecem assintomáticas.

Conclusões: Nos 4 casos analisados, a colocação de próteses biodegradáveis foi segura e eficaz, surgindo como uma mais-valia no tratamento das estenoses pós-cirúrgicas do tubo digestivo alto.

68

ANÁLISE RETROSPECTIVA DAS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS ESOFÁGICAS

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Resumo

Introdução: As próteses metálicas auto-expansíveis cobertas (PMAEC) do esófago constituem, actualmente, o tratamento de eleição para a palição de cancro esofágico inoperável. Contudo, este procedimento não está isento de complicações graves e potencialmente fatais.

Objectivos: Caracterização das complicações associadas à colocação

de PMAEC do esófago nas situações de disfagia maligna e avaliar a respectiva abordagem.

Material e métodos: Análise retrospectiva de 23 doentes com cancro esofágico inoperável e/ou fístula traqueo-esofágica que colocaram PMAEC esofágica entre 1/1/2007 e 1/3/2010. Revisão dos processos clínicos e dos relatórios da endoscopia. Análise estatística com método Kaplan-Meier.

Resultados: 23 doentes, 74% homens, com idade média de 69,9±14,4 anos. Cancro esofágico: 20 doentes; adenocarcinomas: 50%; estadio III/IV em 78,3% dos casos. Fístula traqueo-esofágica por carcinoma epidermóide pulmonar: 3 doentes. Envolvimento esofágico: proximal-5/23, médio-3/23; distal-15/23 (com envolvimento do cárdia em 9 destes casos). Colocadas com sucesso 23 próteses, com tamanho médio de 11±3cm. Necessidade de dilatação hidrostática prévia: 39,1% (9/23) dos casos. Surgiram 16 complicações relacionadas com o procedimento em 12 doentes. Uma complicação maior: fístula traque-esofágica. 15 complicações minor: migração-4, *tumoral ingrowth*-4, *tumoral overgrowth*-3, impacto alimentar-2, dor torácica-1, vômitos-1. Necessidade de colocação de 2ª prótese em 25% (4/16) dos casos, em média 6,3 meses após a 1ª. Terapêutica de ablação tumoral com argon plasma em 19% (3/16) dos casos. Reposicionamento da prótese em 19% (3/16) dos casos. Sem registo de mortes relacionadas com o procedimento. Tempo médio de sobrevivência: 7,5 meses. Não houve associação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento de complicações e a sobrevivência (p>0,05).

Conclusões: A colocação de PMAEC do esófago na disfagia maligna curou com elevada taxa de complicações (59,3%). A maioria delas revelou-se ligeira e foi abordada endoscopicamente com sucesso. O desenvolvimento de complicações não influenciou a sobrevivência.

69

NEOPLASIA PULMONAR COM FÍSTULA ESOFÁGICA - RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA COMPLEXA

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

Resumo

Doente do sexo masculino, 62 anos de idade, ex-fumador, hipertenso e diabético tipo 2, a quem foi diagnosticado carcinoma anaplástico do pulmão em Dezembro de 2008 (Estadio IIIB - T4N2M0), tendo efectuado quimioterapia.

Internado no Serviço de Pneumologia em Novembro de 2009 por disfagia para sólidos, anorexia e mal estar geral. Na endoscopia digestiva alta (EDA) observou-se compressão extrínseca esofágica, a condicionar subestenose. Manteve quimioterapia e foi proposto para radioterapia torácica. Reinternado no Serviço de Pneumologia em Março de 2010 por agra-

vamento da disfagia e da sintomatologia respiratória durante a ingestão de alimentos. Foi realizada novamente EDA que revelou, ao nível do esôfago médio, fístula esôfago-brônquica de grandes dimensões (15mm), sem evidência da compressão descrita previamente. A ausência de estenose luminal comprometia a colocação de prótese esofágica pelo elevado risco de migração. Optámos, então, pela aplicação, inicialmente, de clip do tipo OTSC (over-the-scope clip) OVESCO® com 11mm de diâmetro, que ocluiu parcialmente a fístula e constituiu ponto de ancoragem para subsequente colocação de prótese metálica autoexpansível, recoberta, com 20 mm de diâmetro e 8cm de comprimento. No final do procedimento, boa passagem de contraste para a cavidade gástrica, sem evidência de trajecto fistuloso.

Na avaliação às 48 horas, observou-se correcto posicionamento do clip e da prótese, e ausência de evidência de trajecto fistuloso. O doente iniciou dieta, de consistência progressiva, com boa tolerância.

70 OBSTRUÇÃO INTERMITENTE DO LUME ESOFÁGICO POR DISFUNÇÃO DE PRÓTESE METÁLICA AUTO-EXPANSÍVEL

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

Resumo

A introdução de próteses metálicas auto-expansíveis tem demonstrado ser um método seguro e eficaz de palição da disfagia em doentes com carcinoma avançado do esôfago. As principais causas de recorrência da disfagia nestes doentes são o crescimento de tecido tumoral ou de granulação, migração e obstrução por impacto alimentar. A ocorrência de fractura da rede metálica da prótese tem sido descrita raramente na literatura, geralmente associada a recorrência súbita da disfagia e necessidade de reintervenção endoscópica. Este é o primeiro caso descrito de recorrência da disfagia por obstrução intermitente do lume esofágico secundária a fractura da rede metálica de uma prótese auto-expansível. Apresentamos um caso de um doente com carcinoma avançado do esôfago submetido a quimioradioterapia seguida de colocação de prótese metálica auto-expansível em Setembro de 2009. Em Fevereiro de 2010, por apresentar recorrência da disfagia de carácter intermitente foi pedida reavaliação endoscópica.

No exame efectuado foi observada uma subestenose do topo superior da prótese secundária a crescimento de tecido de granulação. Após dilatação com balão TTS de 15-18 mm de diâmetro e passagem do endoscópio, observou-se ruptura parcial da rede metálica do corpo da prótese com encravamento de um dos ganchos soltos na rede metálica

do lado oposto, condicionando obstrução do lume esofágico. Procedeu-se ao desengate do gancho com pinça de corpos estranhos seguido da passagem do aparelho. Na retirada do endoscópio e quando se procedia à aspiração do lume esofágico com consequente colapso das paredes, observou-se novo encravamento de um gancho na rede metálica do lado oposto da prótese, tendo-se repetido o procedimento de desengate. Da revisão da literatura efectuada, esta é a primeira descrição de uma obstrução intermitente do lume esofágico secundária a fractura da rede metálica de uma prótese auto-expansível. Apresenta-se a iconografia endoscópica do caso.

71 FÍSTULA ESOFAGO-MEDIASTÍNICA ENCERRADA COM ENDOCLIPS

Autores

Nunes ACR, Albuquerque A, Azevedo F, Macedo G

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospital São João

Resumo

Introdução: Os clips endoscópicos têm tido uma utilização cada vez mais abrangente na endoscopia digestiva, relacionada com a crescente disponibilidade e simplificação da técnica de aplicação.

Objectivos: Descrever um caso endoscópico com encerramento de fístula esofago-mediastínica no contexto de tuberculose disseminada.

Material e métodos: Homem de 41 anos, seronegativo VIH e com tuberculose pulmonar disseminada em tratamento desde há 3 meses, que realiza endoscopia digestiva alta (EDA) por disfagia e tosse esporádica. Apresenta-se iconografia completa.

Resultados: A EDA mostrou duas úlceras de "fundo limpo" com pequeno orifício e saída de bolhas de ar do seu fundo. O trânsito esofágico e TAC torácico confirmaram fístula esofago-mediastínica. Efectuado encerramento dos orifícios de fístula esofágica com 5 endoclips metálicos. Repetiu EDA após 4 dias tendo-se colocado mais um clip na úlcera esofágica de maiores dimensões. Ao 11º dia foi comprovado radiológica e endoscopicamente o encerramento completo da fístula esofágica. As biópsias revelaram "esofagite com acentuados sinais de actividade e ulceração extensa". Aguarda-se imunohistoquímica para pesquisa de Citomegalovirus, Herpes I e II e Micobacterium Tuberculosis.

Conclusões: Os endoclips são uma excelente opção para o encerramento de pequenas fístulas esofago-mediastínicas não complicadas, evitando-se outras opções terapêuticas mais invasivas.

72 PALIAÇÃO DE OBSTRUÇÃO GASTRO-DUODENAL MALIGNA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE ENTÉRICA: EXPERIÊNCIA DE TRÊS ANOS

Autores

Bessa C., Pires E., Ricardo L., Rodrigues C., Deus J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospital Fernando Fonseca

Resumo

Introdução: Doentes com tumores irressecáveis gástricos, duodenais e bilio-pancreáticos, com evidência de obstrução gastro-duodenal, dispõe hoje de terapêutica paliativa eficaz através da colocação endoscópica de próteses metálicas auto-expansíveis.

Objectivo: Avaliar as complicações imediatas após colocação de próteses entéricas e a sobrevida dos doentes.

Método: Estudo retrospectivo entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2009 de doentes com lesões neoplásicas estenosantes/invasivas do estômago e duodeno paliados com colocação de próteses entéricas.

Foram colocadas 17 próteses entéricas em 16 doentes, com sucesso técnico em todos os doentes. Média idades: 69 anos (31-90 anos); Distribuição por sexos: 8 homens e 6 mulheres. Distribuição por patologia: adenocarcinoma do pâncreas-3 doentes, adenocarcinoma gástrico-10 doentes, carcinoma mucocelular gástrico-1 doente, colangiocarcinoma-2 doentes. Um doente, por invasão tumoral da primeira prótese colocou uma segunda 28 dias após a colocação de primeira.

Resultados: Não se verificaram complicações imediatas após a colocação da prótese. Todos os doentes retomaram dieta oral num período de 24 horas.

Perdeu-se o seguimento clínico em 6 dos 16 doentes. Os restantes 10, registaram uma sobrevida média de 58,4 dias (1-278dias).

Discussão: A palição da obstrução maligna gastro-duodenal através da colocação endoscópica de prótese entérica metálica auto-expansível é uma terapêutica segura, pouco agressiva, e que permite a retoma da dieta oral em estádios avançados da doença tumoral em doentes com curta esperança de vida.

73**ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA AVALIAÇÃO PRÉ-CIRURGIA BARIÁTRICA: SEMPRE?****Autores**

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

Instituição

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

Resumo

Objectivos do trabalho: A Associação Europeia de Cirurgia Endoscópica inclui na avaliação pré-operatória dos doentes submetidos a cirurgia de obesidade, a realização de EDA. Contudo o seu valor permanece controverso, pelo limitado número de estudos existentes. Pretendeu-se avaliar o benefício da EDA como procedimento pré-cirurgia bariátrica, em termos da alteração da atitude médica e tipo de cirurgia.

Métodos: Análise retrospectiva do processo clínico de doentes, sub-

metidos a EDA prévia a cirurgia bariátrica, entre Novembro de 2003 e Fevereiro de 2009.

Resultados: Incluíram-se 185 doentes (176 mulheres) com idade média 41.2 anos e IMC médio pré-cirurgia 45.8 kg/m². 71.4% apresentavam comorbilidade significativa (HTA 56.8%). 83.8% não apresentavam qualquer sintoma do tracto gastrointestinal superior, sendo a dispepsia o sintoma mais frequente (14.1%). A EDA mostrou alterações em 49,2%: gastropatia erosiva (14.6%), atrofia da mucosa (11.4%), esofagite de refluxo (10.8%), hérnia do hiato (5.9%), duodenopatia erosiva (2.7%), úlcera duodenal (2.7%) e úlcera gástrica (2.2%). Efectuou-se pesquisa de H.Pylori em 61 doentes, positiva em 50.8%. Achados endoscópicos que alteraram a atitude médica pré-cirurgia foram encontrados em 28.1% (erradicação H.Pylori 16.8%), contudo sem interferirem no tipo e data da cirurgia programada. Achados que alteraram a abordagem cirúrgica foram encontrados apenas num doente (hérnia do hiato volumosa). 70.3% foram submetidos a banda gástrica e 29.7% a bypass gástrico, ambos por via laparoscópica. A presença de sintomas do tracto gastrointestinal superior, associou-se à evidência de alterações na EDA (86.2% Vs 13.8%; p<0.001) e à positividade para H.pylori (83.3% Vs 16.7%; p<0.005).

Conclusão: A EDA alterou a terapêutica médica num número significativo de doentes, contudo apenas modificou a abordagem cirúrgica planeada num doente, sem nunca haver necessidade de adiamento do acto cirúrgico. A EDA pode não ser necessária em todos os doentes, podendo talvez optar-se por uma atitude selectiva, focada na presença de sintomas do tracto gastrointestinal superior. Será necessário a elaboração de ensaios prospectivos que avaliem o impacto da EDA pré-cirurgia no "outcome" dos doentes.

74**APLICAÇÕES DO GLUBRAN® NA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL****Autores**

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

Instituição

Hospital de Santo André, EPE

Resumo

Introdução: O Glubran® é uma cola sintética (cianoacrilato) com uma capacidade de polimerização mais lenta que o Histoacryl®, que dispensa a diluição prévia em lipiodol. Tem sido primordialmente utilizada no tratamento e prevenção de hemorragia de varizes do tubo digestivo. Mais recentemente alguns trabalhos referem a mais valia desta arma terapêutica em outros tipos de patologias, nomeadamente na úlcera péptica hemorrágica.

Métodos: Os autores descrevem a experiência de um centro com o uso de Glubran® em 7 doentes com as seguintes patologias: prevenção e hemorragia activa de varizes do fundo gástrico; úlcera péptica duodenal hemorrágica refractária e múltiplas técnicas de hemostase endoscópica, hemorragia recidivante de pedículo de pólipos excisados no cólon. Apresenta-se iconografia endoscópica.

Resultados: em todas as situações a administração de Glubran® foi bem sucedida, não se tendo verificado complicações.

Conclusões: os cianoacrilatos são uma arma terapêutica eficaz e com um leque de indicações variado em situações hemorrágicas, algumas deles após a falência de modalidades terapêuticas convencionais.

75

UTILIZAÇÃO DE ENDO-LOOP NA PREVENÇÃO DE HEMORRAGIA PÓS-POLIPECTOMIA DE PÓLIPO GÁSTRICO GIGANTE

Autores

Carvalho R.¹, Almeida N.¹, Cipriano MA.², Gouveia H.¹, Sofia C.¹

Instituição

Serviços de (1) Gastroenterologia e (2) Anatomia Patológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Resumo

A polipectomia endoscópica é uma técnica terapêutica de grande importância na prática clínica corrente, no entanto, não é isenta de complicações, sendo a hemorragia a mais frequente. O risco está relacionado com diversos factores, incluindo o tipo e localização do pólio. A prevenção da hemorragia pode ser feita com recurso à injeção endoscópica de fármacos, aplicação de laços (endo-loop) ou utilização de hemoclips. A utilização de endo-loops no âmbito dos pólipos gástricos não tem sido frequentemente reportada na literatura.

Os autores apresentam o caso de um doente de 64 anos de idade, que foi referenciado ao nosso Serviço para realização de polipectomia de pólio gástrico gigante. Este tinha sido diagnosticado em endoscopia digestiva alta realizada em ambulatório por anemia.

Constatou-se a presença, na face posterior do antro, de pólio pediculado com cerca de 5 cm, muito congestivo, ulcerado na sua extremidade distal e com base de implantação muito larga. As próprias características do pólio sugeriam um elevado risco de hemorragia após a polipectomia, pelo que se decidiu aplicar um Endo-Loop na base do mesmo, seguida da sua remoção com ansa de polipectomia. No final verificou-se a presença de uma escara de grandes dimensões, sem sinais de hemorragia ou perfuração. O doente teve alta ao fim de 24 horas de vigilância, assintomático. O estudo histológico revelou tratar-se de um pólio fibróide inflamatório.

A utilidade das ansas Endo-Loop na prevenção da hemorragia pós-polipectomia a nível do cólon está bem documentada e, o nosso caso (com respectiva iconografia vídeo), demonstra a sua aplicabilidade e utilidade no âmbito dos pólipos gástricos volumosos.

76

AINDA HÁ LUGAR PARA A ENTEROSCOPIA PER-OPERATÓRIA NO SÉCULO XXI?

Autores

Monsanto P., Almeida N., Carvalho R., Figueiredo P., Gouveia H., Sofia C

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: O estudo endoscópico do intestino delgado sofreu uma revolução no séc.XXI, com a cápsula endoscópica (CE) e a Enteroscopia de Balão (EB). As dificuldades e a morbilidade associadas à enteroscopia per-operatória (EPO) fizeram com que esta técnica, "gold-standard" no séc.XX, fosse relegada para 2º plano.

Objectivo: Avaliar as indicações e a eficácia diagnóstica e terapêutica da EPO, nos últimos 10 anos.

Doentes e Métodos: Incluídos 18 doentes (11H; média etária:64,5±15,6 anos). Período de seguimento:22±24,4meses. Indicação para o exame: hemorragia digestiva patente-15, hemorragia digestiva oculta-2, terapêutica de polipose gastrointestinal-1. Enteroscopia prévia por CE em 9(50%) doentes e por EB em 5(27,7%).

Resultados: Efectuados 20 exames (3 EPO num doente). Em 10 doentes não houve necessidade de enterotomia (exploração *per os* e/ou *per anus*). Conseguida avaliação jejuno-ileal(11), jejunal(5) ou ileal(2). Identificadas lesões no delgado em 14(77,8%) doentes (úlceras-4, Dieulafoy-2, lesão subepitelial-2, hemorragia activa-2, angiodisplasia-1, isquémia intestinal-1, lesão varicosa-1, hemorragia de anastomose cirúrgica-1, polipose intestinal-1, enteropatia-1) e no estômago/cólon em 5 doentes (angiodisplasias-2, úlceras-1, hemorragia activa-1), 3 deles sem lesões do delgado. Num doente não se identificaram quaisquer alterações. Registou-se concordância com os achados da CE em 66,7% dos casos e com a EB em 60%. Efectuada terapêutica endoscópica em 2(11,1%) doentes e cirúrgica em 12(66,7%). Nos doentes que apresentavam hemorragia digestiva, e que foram submetidos a terapêutica endoscópica e/ou cirúrgica, ocorreu persistência e/ou recidiva hemorrágica em 25%. Dois doentes desenvolveram ileus prolongado e outros dois apresentaram eventos cardiovasculares adversos. Registou-se um óbito no pós-operatório imediato. Seis óbitos durante o período de seguimento, 4 em relação com hemorragia digestiva.

Conclusão: A EPO é um método útil, com elevada eficácia diagnóstica (77,8%), possibilitando uma atitude terapêutica endoscópica e/ou cirúrgica em 3/4 dos doentes. Trata-se, contudo, de um procedimento invasivo, com mortalidade e morbidades relevantes, sendo indispensável uma indicação rigorosa para a sua realização.

77

ENTEROSCOPIA POR VIDEOCÁPSULA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA: ACUIDADE DIAGNÓSTICA E IMPLICAÇÕES TERAPÉUTICAS

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Hospital de São João

Resumo

Introdução: A enteroscopia por videocápsula (EVC) revolucionou a abordagem da patologia do intestino delgado, particularmente na hemorragia digestiva obscura.

Objetivos: Avaliar a acuidade diagnóstica da EVC e implicações da sua realização na atitude terapêutica subsequente.

Métodos: Avaliação retrospectiva de 114 EVC consecutivas efectuadas por hemorragia obscura (EDA e EDB prévias negativas).

Resultados: Efectuaram-se 39 EVC por hemorragia digestiva obscura aberta (HDOA) - melenas ou hematoquezias, e 75 por hemorragia digestiva obscura oculta (HDOO) - anemia ferropénica e/ou PSOF+. A idade média dos doentes foi de 58,6 + 17 anos com predomínio do sexo feminino (58,8%). O valor mínimo de hemoglobina nos 60 dias prévios à EVC foi de 9,5 + 2,2 g/dL e 25% precisaram de transfusão. Verificou-se consumo de AINEs em 13,4%, anti-agregante (AAS) em 8,9% e anti-coagulantes em 10,7%. A EVC foi classificada como positiva em 39,5% dos casos, suspeita em 36,8%, negativa em 20,2% e inconclusiva em 3,5%, sendo os achados mais frequentes no intestino delgado: angioectasias em 27 doentes, erosões em 23, petéquias/sufusões em 16, úlceras em 9; foram ainda detectados 3 tumores. Identificaram-se também lesões esofago-gástricas em 16 doentes. A EVC revelou achados positivos/suspeitos em 92% dos doentes com HDOA e em 68% dos doentes com HDOO (p<0,004). Os achados da EVC motivaram alteração da atitude terapêutica em 18 doentes (16%) - terapêutica com argon em 8, cirurgia em 7, e outras terapêuticas em 3 doentes. As implicações terapêuticas verificaram-se em 13 casos (33%) no grupo HDOA e em apenas 5 (7%) dos doentes com HDOO (p<0,001). Retenção da cápsula ocorreu em 1 doente (<1%), com necessidade de cirurgia.

Conclusões: A EVC é um método eficaz e seguro para a abordagem diagnóstica da hemorragia digestiva obscura. Nos doentes com hemorragia digestiva obscura aberta a EVC teve maior percentagem de diagnósticos positivos e mais implicações terapêuticas.

78**ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA ABERTA: SERÁ QUE O "TIMING" INFLUÊNCIA RESULTADOS?****Autores**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santo António, Porto

Resumo

Objectivo: Avaliar se o "timing" da enteroscopia por cápsula (EC), na hemorragia digestiva obscura aberta (HDOA), influencia os resultados.

Métodos: Revisão de 107 doentes consecutivos que realizaram EC para

estudo de HDOA entre Janeiro/2002 e Janeiro/2010. Registados dados clínicos, analíticos e endoscópicos.

Resultados: Incluídos 80 doentes, 55(68.8%) homens, média de idades: 59.6±20.8 anos, 15(18.8%) hipocoagulados e 28(35%) sob antiagregantes plaquetários. Hemoglobina mínima: 7.5±2g/dl; 60(75%) doentes foram transfundidos e 64(80%) necessitaram internamento. Cápsula atingiu o cego em 46(57.5%) casos. Identificadas alterações relevantes em 55(69%) cápsulas [angiodisplasias-24(43.6%), erosões/úlceras-17(30.9%), sangue no lúmen sem lesão identificada-10(18.2%), tumor-5(9.1%), outras lesões-4(7.3%)]. Quanto mais próximo do início da hemorragia foi realizada EC, maior a frequência de cápsulas positivas: (tm)5 dias: n=12(85.7%); 6-10 dias: n=14(77.8%); 11-15 dias: n=9(75%); 16-30 dias: n=4(40%); 1 a 6 meses: n=13(76.5%); >6 meses: n=3(33.3%) (p=0.03). Nos doentes com cápsula positiva, a média da hemoglobina mínima foi menor (7.2 vs 8.1, p=0.07), a duração média de internamento foi superior (16.3 vs 8.8 dias, p=0.02) assim como a média de unidades de GR transfundidas (4.6 vs 2.3, p=0.01). Também neste grupo, em 37(67.3%) casos alterou-se abordagem, 22(40%) realizaram terapêutica específica.

Conclusões: Na HDOA o timing da EC influencia o resultado, devendo esta realizar-se o mais precocemente possível. Em mais de 2/3 dos casos a EC diagnosticou lesões relevantes, sendo as angiodisplasias e erosões/úlceras as mais frequentes. Verificou-se uma tendência para doentes com cápsula positiva terem hemoglobina mais baixa (hemorragia mais significativa), condicionando internamentos significativamente mais prolongados e maior necessidade transfusional. Em cerca de 2/3 dos doentes a EC alterou a abordagem clínica.

79**ENTEROSCOPIA ASSISTIDA POR BALÃO: IMPACTO NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN ESTENOSANTE DO DELGADO****Autores**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia - CHVNGaia

Resumo

Os autores propõem apresentar iconografia incluindo vídeo de enteroscopia de duplo balão como método terapêutico em doente com Doença de Crohn estenosante, com atingimento extenso do delgado (Montreal A2L1+L4B2). Doente de 31 anos, sexo masculino, seguido em Consulta de Gastroenterologia desde há 7 anos por Doença de Crohn, variante estenosante, com atingimento extenso do intestino delgado, definido por enteroscopia por cápsula e assistida por balão e enterografia por TC. Efectuou terapêutica com corticoterapia, imunossuppressores e biológicos (infliximab e agora adalimumab) sem resposta clínica, mantendo quadro de dor epigástrica com irradiação bilateral, associado a náuseas e

vômitos, distensão abdominal e borborigmos de instalação pós-prandial. Este quadro afecta a qualidade de vida do doente que apenas tolera ingestão de líquidos e moles. Na última enteroscopia assistida por balão constatou-se a presença de estenoses sem componente inflamatório. Nesse contexto programou-se dilatação dos segmentos estenosantes proximais por via alta. Encontraram-se estenoses fibróticas anelares e uma estenose mais extensa (3 cm) totalmente marginada por tecido fibroso. Após 2 sessões de dilatação (dilatadas 3 estenoses, e transpostas mais nove estenoses) o doente encontra-se assintomático, tolerando a ingestão alimentar de sólidos.

80 APLICABILIDADE DA CÁPSULA ENDOSCÓPICA NA SUSPEITA DE DOENÇA DE CROHN DO INTESTINO DELGADO

Autores

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

Instituição

Hospital São João

Resumo

Introdução: Foi demonstrado que a cápsula endoscópica (CE) detecta alterações inflamatórias da mucosa do intestino delgado (ID) melhor que qualquer outro método de imagem. Lesões típicas de doença de Crohn (DC), proximais ao cego, ocorrem em cerca de 40% dos doentes. Os autores avaliaram a utilidade da CE em doentes com suspeita de DC.

Métodos: Foram revistos registos médicos de 85 doentes, que se submeteram a CE por suspeita de DC ao longo de um período de 60 meses.

Resultados: Oitenta e cinco doentes foram incluídos, 25 do sexo masculino e 60 do sexo feminino, raça caucasiana e com uma idade média de 37 anos. Realizaram CE por suspeita de DC, no contexto de sintomatologia como dor abdominal, diarreia, anemia, emagrecimento, sem hábitos medicamentosos conhecidos. O ID foi previamente estudado por radiografia contrastada (82%), TAC abdomino-pélvica (7,4%), RM (2,4%) ou ecografia abdomino-pélvica (8,2%). Todos os doentes foram submetidos a colonoscopia, mas apenas em 50 (58,8%) foi observado o íleo distal. De todos os doentes em que foi realizada CE, 37,6% (32 doentes) tiveram achados sugestivos de DC, e o diagnóstico foi assumido em todos eles. Cinquenta e três doentes não tiveram achados significativos na CE, suspeitos de DC. Deste grupo, apenas 13,2% tinham uma avaliação prévia do ID positiva. Em 5 doentes a CE não atingiu o cólon, em 3 a passagem pelo ID foi muito rápida, num doente a cápsula permaneceu no estômago e noutro ocorreu uma retenção da CE, com necessidade de remoção cirúrgica.

Conclusão: A CE é um exame seguro e útil no diagnóstico da DC. De acordo com a nossa experiência a sensibilidade e especificidade deste exame foi 70% e 74%, respectivamente, o que significa que a CE tem um impacto real no diagnóstico da DC e deve ser incluída na avaliação sistemática destes doentes.

81

TEMPO DE TRÂNSITO E RISCO DE RETENÇÃO DA CÁPSULA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

Resumo

Introdução: A suspeita de Doença de Crohn (DC) e o estadiamento de DC constituem indicações frequentes para a realização de enteroscopia por cápsula (EC). Contudo, o número de exames incompletos e o risco de retenção da cápsula tendem a ser mais elevados neste grupo de doentes.

Objectivos: Determinar o tempo médio de trânsito no intestino delgado, taxa de exames incompletos e risco de retenção da cápsula endoscópica em doentes com DC suspeita ou estabelecida, comparativamente com outras indicações para EC.

Material e métodos: Estudo retrospectivo referente a um período de quatro anos (Fevereiro/2006-Janeiro/2010), incluindo 247 doentes com idade de 51±21 anos. Análise estatística do tempo de trânsito, taxa de exames incompletos e taxa de retenção da cápsula em função da indicação do exame. Nenhum doente apresentava oclusão/sub-occlusão intestinal ou estenoses previamente detectadas em exames radiológicos.

Resultados: 48 doentes (19%) realizaram EC por suspeita de DC e 18 doentes (7%) realizaram EC para estadiamento de DC. A taxa global de exames incompletos foi de 19,4%, sendo superior nos doentes com suspeita de DC (29%) e inferior na DC estabelecida (17%). A taxa de exames incompletos na suspeita de DC foi maior do que nos doentes submetidos a EC por anemia ou suspeita de neoplasia ($p<0,05$). A taxa de retenção global foi de 2%, sendo superior nos doentes com suspeita de DC (4%) e não se verificando nenhum caso de retenção em doentes com DC estabelecida.

Conclusões: A taxa de exames incompletos nos doentes com suspeita de DC foi elevada, podendo constituir uma limitação da EC neste contexto. Na nossa série a taxa de retenção foi de 4% em doentes com suspeita de DC, mas em todos eles a cápsula foi exteriorizada espontaneamente. A EC parece ser um procedimento seguro em doentes com DC suspeita ou estabelecida, na ausência de clínica oclusiva/sub-occlusiva.

82

UTILIDADE DA CÁPSULA ENDOSCÓPICA NO FOLLOW-UP DE LINFOMA INTESTINAL

Autores

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

Instituição

Hospital São João

Resumo

Introdução: O linfoma intestinal primitivo (LIP) é um diagnóstico raro pelo que o conhecimento das formas endoscópicas e do papel da videoendoscopia por cápsula (VEC) no seguimento da doença é motivo de estudo.

Métodos: Incluídos 5 doentes com LIP, diagnosticado após cirurgia e classificados como linfomas não Hodgkin (LNH), segundo critérios histológicos e imunocitoquímicos (1 linfoma MALT e 4 linfomas foliculares). Após estadiamento, iniciaram quimioterapia (CHOP). Realizamos VEC para vigilância, cujos achados descrevemos.

Resultados: Doente 1 (Linfoma MALT): Nov/2006 apresentava vilosidades brancas e espessas no duodeno e jejuno, formando por vezes placas brancas planas; Nov/2007 apresentava grupos de vilosidades anormais e suspeita de úlceras diminutas, sem evidência de placas e anastomose jejunal regular; Nov/2008 apresentava apenas petéquias jejunais; Nov/2009 com anastomose regular, sem lesões. Doente 2 (Linfoma Folicular): Fev/2007 apresentava nódulos brancos no duodeno e manchas acastanhadas no ileo; Abr/2009 apresentava ligeira estenose da anastomose e hiperplasia nodular focal do ileo; Jan/2010 apresentava achados sobreponíveis. Doente 3 (Linfoma Folicular): Jul/2007 apresentava numerosos nódulos brancos duodenais, vilosidades espessadas e brancas dispersas, e úlcera anelar da anastomose; Dez/2007 apresentava linfagiectasias, nódulos e úlcera na mesma posição; Abr/2009 apresentava anastomose jejunal regular, sem outras lesões; Fev/2010 apresentava para além da anastomose regular, um xantelasma jejunal, sem outros achados. Doente 4 (Linfoma Folicular): Nov/2007 apresentava vilosidades espessadas muito frequentes no duodeno e distalmente mais isoladas; Nov/2008 mucosa sem lesões. Doente 5 (Linfoma Folicular): Dez/2009 apresentava pregas duodenais espessadas, esbranquiçadas, com pequenos nódulos. Em 2 doentes foi realizada ainda enteroscopia, com colheita de biopsias de lesões suspeitas, que não se revelaram patológicas.

Conclusões: A VEC identificou lesões descritas noutros estudos para LIP, registou a sua evolução e confirmou que são frequentemente multifocais. A observação de todo o intestino delgado é por isso útil na apreciação da resposta à quimioterapia e no follow-up destes doentes.

83

VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA RETIDA POR HÉRNIA UMBILICAL**Autores**

Ferreira F., Bastos P., Cardoso H., Nunes ACR., Macedo G.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospital de São João

Resumo

Introdução: A videocápsula endoscópica (VCE) tem um papel importante na investigação da hemorragia digestiva obscura; apesar do risco reduzido de complicações, a retenção da VCE é a complicação mais frequente.

Caso Clínico: Mulher de 64 anos, obesa, hipertensa, com colite segmentar de Crohn em remissão há vários anos, medicada com mesalazina e amlodipina. Recorreu ao serviço de urgência por hematoquezias. Referia história de cirurgia recente a varizes dos membros inferiores tendo sido medicada com diclofenac. Na admissão apresentava-se com hemoglobina de 5,6 g/dl e instabilidade hemodinâmica. A endoscopia digestiva alta não mostrou lesões e a colonoscopia total revelou apenas recto com petéquias e erosões. Foi internada para esclarecimento da hemorragia digestiva tendo sido efectuado TC abdómino-pélvico que revelou sinais de tromboembolismo pulmonar na base pulmonar esquerda e uma hérnia umbilical com ansa intestinal no interior, sem sinais de estrangulamento. Por manutenção de hematoquezias com necessidade de aporte transfusional e pela história de Doença de Crohn, foi realizado trânsito do intestino delgado que não revelou estenoses e apenas confirmou a presença de hérnia umbilical. Realizou então videocápsula endoscópica tendo ocorrido retenção da cápsula. A TC abdominal identificou a videocápsula retida na hérnia umbilical, sem sinais de sofrimento. A doente permaneceu assintomática, sem sintomas obstructivos e após 16 dias sem saída espontânea da cápsula foi submetida a hernioplastia, tendo a videocápsula sido expulsa espontaneamente nos dias seguintes (comprovado por radiografia abdominal).

Conclusão: A retenção da videocápsula endoscópica é uma complicação rara, sendo este caso original pela sua retenção em hérnia umbilical com expulsão espontânea da cápsula após hernioplastia.

84

EXÉRESE DE VOLUMOSO LIPOMA ILEAL POR ENTEROSCOPIA PELA TÉCNICA "LIGATE AND LET GO"**Autores**Veloso R., Pinho R., Rodrigues A., Pinto J., Afonso M., Fraga J.**Instituição**

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

Resumo

Introdução: A maioria dos lipomas são assintomáticos e não necessitam de qualquer terapêutica específica. Contudo, aqueles que atingem maiores dimensões (habitualmente maiores que 4cm) podem provocar dor abdominal, alterações do trânsito intestinal e mesmo obstrução mecânica a carecer de intervenção específica.

Objectivos: Os autores propõem-se a mostrar vídeo e iconografia de

técnica recentemente descrita para exérese de lipomas do cólon de grandes dimensões com bom perfil de segurança. Na literatura revista não existem relatos da utilização deste método por enteroscopia em lesões do delgado.

Métodos: análise do processo clínico, dos exames endoscópicos e revisão da literatura.

Descrição: Homem de 71 anos de idade, com antecedentes de úlcera gástrica, hipertrofia benigna da próstata e sigmoidectomia por adenocarcinoma, com quadro clínico de queixas álgicas abdominais tipo cólica diárias, com obstipação e crises suboclusivas tratadas conservadoramente. Efectua trânsito do delgado que revela imagem de subtracção de aparência polipóide no íleo. A enterografia por TC confirma a existência de lesão polipóide de grandes dimensões no íleo, aparentemente na dependência da submucosa e com densidade sugestiva de lipoma. Procede-se a enteroscopia (enteroscópio Olympus SIF-Q180) observando-se no íleo distal lesão subepitelial pseudopediculada, móvel, de coloração amarelada com cerca de 20 mm. Efectuada colocação de laço hemostático (Olympus Loop MAJ-254, 30mm) na base do pólip. Procedeu-se a nova enteroscopia 4 semanas após, verificando-se área cicatricial no local de anterior inserção da lesão.

Conclusões: Apresentação de iconografia e vídeo de técnica endoscópica por enteroscopia de mono-balão recentemente descrita para exérese com segurança de lesões subepiteliais volumosas do cólon. Na pesquisa bibliográfica efectuada não se encontraram relatos desta técnica por enteroscopia.

85

IMPACTO DA MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA NO TRATAMENTO DE GRANDES PÓLIPOS CÓLICOS

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra - IPOCFG, EPE

Resumo

Introdução: A mucosectomia é uma técnica importante no tratamento de pólipos sésseis ou planos de grandes dimensões do cólon, evitando a terapêutica cirúrgica. Objectivos: Descrever os casos de mucosectomia do cólon efectuadas num Serviço de Gastroenterologia.

Material e métodos: Estudo prospectivo em doentes propostos para mucosectomia de lesões sésseis ou planas do cólon ≥ 20 mm, de Março/2008 a Fevereiro/2010. Mucosectomia com elevação por injeção, corte com ansa e fulguração com Árgon. Avaliadas características dos pacientes, pólipos e complicações imediatas ou tardias. Análise estatística pelo teste Qui-quadrado (SPSS 16.0).

Resultados: Avaliados 27 doentes (dts), 48.1% sexo masculino, idade média 67.19 ± 10.9 anos, e removidos 27 pólipos. Dos doentes, 18.5% ti-

nam antecedentes de neoplasia do cólon, 55.6% cirurgia abdominal prévia e 63% outros pólipos. O tempo mediano de seguimento é de 4 meses (3; 9.75). A mediana do tamanho dos pólipos foi 25 mm (20; 40), eram sésseis em 55.6% e localizados no recto em 55.6%. A maioria removida em apenas uma sessão (74.1%) e por fragmentação (88.9%). O estudo histológico revelou displasia de baixo grau em 70.4%, alto grau em 22.2%, carcinoma intra-mucoso em 3.7% e submucoso em 3.7%. Aos 3 meses verificou-se persistência da lesão em 25% (24 dts) mas 0% de persistência ou recidiva aos 12 meses (8 dts). A persistência foi maior nos casos em que foi necessária mais do que uma sessão (100% vs 0%, $p=0.00$), e nas lesões do recto (66.7% vs 33.3%, $p=0.48$). A taxa de complicações foi nula (0% de hemorragia ou perfuração) tendo todos os doentes excisões curativas sem necessidade de cirurgia.

Conclusões: Na nossa experiência a mucosectomia endoscópica revelou ser um procedimento seguro. Apesar duma taxa de persistência aos 3 meses relativamente elevada, aos 12 meses todos os casos estão sem lesão e sem necessidade de cirurgia, podendo considerar-se o procedimento clinicamente eficaz.

86

MUCOSECTOMIAS DO CÓLON COM APOIO LAPAROSCÓPICO - UMA ABORDAGEM INOVADORA

Autores

Serra D., Bana T., Vaz C., Roquete P., Pinto M.J., Bismark J.

Instituição

Hospital da Luz

Resumo

Introdução: Os pólipos planos do cólon direito representam um desafio difícil para os endoscopistas, sendo muitas destas lesões referenciadas para cirurgia.

Objectivos: Avaliação retrospectiva da remoção de pólipos planos do cólon direito, com grandes dimensões, por uma técnica inovadora, com abordagem endoscópica e cirúrgica (laparoscopia) em simultâneo.

Material e métodos: Foram revistos 5 procedimentos realizados entre Janeiro e Dezembro de 2009. Os doentes foram inicialmente referenciados para cirurgia (4 doentes com origem externa à instituição). Idade média 61 anos, ligeiro predomínio sexo feminino (60%). As lesões apresentam um diâmetro médio de 28 mm (entre 25-45mm). As biópsias prévias revelaram em 4 doentes adenomas com displasia baixo grau e num doente adenoma com displasia baixo grau e foco de displasia alto grau. O procedimento decorreu no bloco operatorio sob anestesia geral, realizado por uma equipa mista, constituída por 2 cirurgiões, 1 gastroenterologista e sua enfermeira assistente.

Realizaram-se mucosectomias das lesões planas do cólon direito, com orientação extraluminal por laparoscopia. A remoção dos pólipos por esta técnica foi completa em todos os doentes.

A taxa de complicações intraoperatória foi de 0%. Num doente ocorreu hemorragia da escara às 24 horas, resolvida endoscopicamente com colocação hemoclips. Oitenta por cento dos doentes teve alta no dia seguinte ao procedimento (a restante doente teve alta em 72 horas).

Conclusões: Esta técnica inovadora permite a ressecção completa de lesões extensas do cólon direito, de forma segura, com manutenção da integridade do órgão.

87

RELAÇÃO ENTRE INDICAÇÃO E LESÕES OBSERVADAS EM COLONOSCOPIA - POTENCIAL PARA A ATRIBUIÇÃO DE PRIORIDADE NA REALIZAÇÃO DO EXAME

Autores

Ramos G., Saiote J., Santos L., Duarte P., Bentes T., Barreiras J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospital de Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.

Resumo

Introdução: Encontrando-se as indicações para a realização de colonoscopia (CL) relativamente bem definidas, a atribuição da prioridade na acessibilidade ao referido exame é ainda baseada quase exclusivamente no julgamento clínico e / ou critérios ainda por validar.

Objectivo: Os autores pretendem analisar a relação entre a indicação clínica para a realização de CL e a patologia identificada no exame, nomeadamente polipos e carcinoma colo-rectal (CCR).

Métodos: Análise prospectiva de 200 CL consecutivas em doentes ambulatoriais, totais ou até lesão endoluminal intransponível, em que a indicação do exame foi alteração recente (<6 meses) do padrão defecatório, perdas hemáticas gastrointestinais e/ou anemia. Foram excluídos exames realizados em doentes assintomáticos para rastreio de CCR e vigilância por história pessoal de polipos, neoplasia ou doença inflamatória intestinal. Para além do motivo do exame, foram analisadas variáveis demográficas (sexo e idade) e clínicas (fármacos antiagregantes/hipocoagulantes e história familiar de CCR). Para análise estatística foi usado o teste de Mann-Whitney.

Resultados: Foram detectadas alterações em 59% das colonoscopias realizadas, nomeadamente polipos em 28,5% (18,5% adenomatosos) e neoplasias em 8,0%. A identificação de lesões endoscópicas em geral associou-se a idade >50 anos (p=0,006) e sexo masculino (p=0,003). Foi observada uma relação estatisticamente significativa entre a identificação de polipos e o sexo masculino (p=0,01), que se manteve quando analisados apenas os polipos adenomatosos (p=0,018). A ocorrência de neoplasia correlacionou-se com a idade (>65 anos: p=0,032; >70 anos: p=0,001) e a associação de anemia com alteração do padrão defecatório (p=0,016).

Conclusões: No presente estudo a idade, o sexo masculino e a conjugação de anemia com alteração do padrão defecatório, foram os factores mais

associados a patologia neoplásica ou pré-neoplásica. O prosseguir da recolha prospectiva de dados poderá esclarecer se determinado grupo de doentes deverá ser considerado prioritário para realização de CL de forma a evitar atrasos diagnósticos.

88

AINE'S, ANTIAGREGANTES E ANTICOAGULANTES - RELAÇÃO COM AS INDICAÇÕES PARA COLONOSCOPIA E LESÕES ENDOSCÓPICAS

Autores

Saiote J., Ramos G., Santos L., Duarte P., Bentes T., Barreiras J.

Instituição

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de Santo António dos Capuchos - Serviço Gastroenterologia

Resumo

Introdução: Encontrando-se as indicações para colonoscopia (CL) relativamente bem definidas, a atribuição da prioridade é ainda baseada no julgamento clínico e/ou critérios ainda por validar.

O uso de fármacos anti-inflamatórios não esteroides (AINE), antiagregantes ou anti-coagulantes, tem riscos hemorrágicos inerentes, podendo em alguns casos revelar uma lesão orgânica não reconhecida previamente.

Objectivo: Os autores pretendem analisar a relação entre a indicação clínica para a realização de CL, lesões endoscópicas identificadas e o consumo de AINE's, antiagregantes plaquetários e anticoagulantes, com o intuito de avaliar se a utilização destes fármacos deve ser uma variável clínica a considerar na determinação da prioridade da colonoscopia.

Métodos: Análise prospectiva de 200 CL consecutivas em doentes ambulatoriais, totais ou até lesão estenosante, em que a indicação foi alteração recente (<6 meses) do padrão defecatório, perdas hemáticas gastrointestinais e/ou anemia. Foram excluídos exames para rastreio de CCR e vigilância por história pessoal de polipos, neoplasia ou doença inflamatória intestinal. Foram comparados o motivo do exame, variáveis demográficas e lesões detectadas entre doentes com ou sem terapêutica antiagregante / hipocoagulante. Para a análise estatística foi usado o teste de Mann-Whitney.

Resultados: Dos doentes avaliados, 34,5% (n=69) encontrava-se sob antiagregantes/hipocoagulantes. A anemia e perdas hemáticas gastrointestinais foram indicações de exame mais frequente nos indivíduos sob fármacos (p=0,045 e p=0,040 respectivamente). Não se verificou associação estatisticamente significativa na presença ou tipo de lesões entre doentes com ou sem fármacos.

Conclusões: No presente estudo, o uso de fármacos AINE, antiagregantes ou anticoagulantes não se revelou uma variável clínica determinante na estratificação de prioridade na realização do exame.

O prosseguir da recolha prospectiva de dados poderá esclarecer se este grupo de doentes deverá ou não ser considerado prioritário para realização de CL.

89

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE DEISCÊNCIA DA ANASTOMOSE COLO-RECTAL COM UM NOVO CLIP OTSC**Autores**Lopes L., Ramada J., Monteiro A., Sousa P.**Instituição**Serviço de Gastroenterologia/ Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo
Serviço de Cirurgia/ Centro Hospitalar de Trás-o-Montes e Alto Douro**Resumo**

Apesar dos avanços da cirurgia, as deiscências das anastomoses colo-rectais continuam a ser uma complicação grave, que ocorre com alguma frequência após as ressecções do recto.

As terapêuticas endoscópicas são utilizadas cada vez mais, como alternativa ou em conjunto com as técnicas cirúrgicas convencionais no tratamento destas complicações.

Um novo clip de nitinol superelástico desenvolvido para ser aplicado sobre o endoscópio (Ovesco Endoscopy AG®) permitiu ultrapassar várias limitações dos clips endoscópicos convencionais, em termos de dimensões e força de encerramento.

Apresentamos um doente de 55 anos submetido a uma ressecção anterior do recto, por pólipos adenomatosos no recto proximal de grandes dimensões. Cerca de 15 dias após a cirurgia é internado com febre, disúria e poliaquiúria; a TC mostrou volumoso abscesso pélvico. O acesso-grama demonstrou a presença de comunicação do abscesso com o lumen rectal.

O doente foi colocado sob antibioterapia endovenosa, com nutrição parentérica e o abscesso foi drenado percutaneamente.

Dado o doente manter drenagens significativas foi referenciado à nossa instituição para tentativa de encerramento da deiscência com o novo clip OTSC. Na colonoscopia observaram-se 2 orifícios fistulosos na anastomose colo-rectal. Procedeu-se à aplicação de 2 clips OTSC com encerramento completo dos orifícios.

Após a colocação dos clips houve uma diminuição progressiva das drenagens, o doente ficou apirético e a TC de controlo mostrou o colapso da cavidade do abscesso ao fim de 3 dias. O doente iniciou dieta oral, não havendo o surgimento de qualquer intercorrência.

A terapêutica endoscópica com clips OTSC, em conjunto com a drenagem percutânea poderão facilitar o encerramento das deiscências das anastomoses colo-rectais.

90

ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE LACERAÇÃO RECTAL PÓS CIRURGIA UROLÓGICA**Autores**Rego A.C., Ribeiro S., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.**Instituição**

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada

Resumo

Descreve-se um caso de laceração rectal encerrada com sucesso com clips. Doente do sexo masculino, de 74 anos de idade, com antecedentes pessoais de prostatectomia radical por carcinoma da próstata em Junho de 2008. Internado no Serviço de Urologia em Junho de 2009 por estenose vesico-uretral, sendo submetido a uretrotomia interna e RTU do colo vesical. No pós-operatório imediato apresentou hematoquémia e emissão de urina pelo recto. Efectuou fibrosigmoidoscopia que mostrou laceração longitudinal da parede anterior do recto, com cerca de 3cm, a 6/7 cm da linha pectínea. Foi conseguido encerramento completo da laceração com múltiplos clips.

Instituída antibioterapia de largo espectro. A fibrosigmoidoscopia de controlo realizada ao 7º dia mostrou os clips bem posicionados e encerramento da laceração. Teve alta ao 13º dia de pós-operatório clinicamente bem.

91

LAQUEAÇÃO ELÁSTICA DE VARIZ RECTAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**Autores**Carvalho R., Almeida N., Correia T., Duque G., Gouveia H., Sofia C.**Instituição**

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Resumo

As varizes rectais são uma complicação frequente nos doentes cirróticos com hipertensão portal. A sua prevalência neste contexto é elevada, variando entre 3.6% e 78%, mas, apesar disso, a hemorragia digestiva clinicamente significativa por rotura de varizes rectais é rara, não havendo consenso quanto ao tratamento ideal. No entanto, a terapêutica endoscópica, por esclerose ou laqueação elástica, tem-se revelado eficaz.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 55 anos, com antecedentes de cirrose hepática de etiologia etílica, classe C de Child-Pugh, trombose da veia porta e varizes esofágicas, observada no contexto da urgência por apresentar rectorragias com descida relevante do valor da hemoglobina (3 g/dl), embora mantendo estabilidade hemodinâmica. Deste modo, e sem qualquer preparação intestinal, foi efectuada uma avaliação endoscópica até ao ângulo esplénico, não se progredindo a montante pela presença de fezes moldadas de cor amarela. No recto observou-se cordão varicoso com ponto de rotura, sem hemorragia activa. Procedeu-se então à aplicação, com sucesso, de um elástico na variz, englobando o ponto de rotura. O procedimento decorreu sem complicações e não se verificou recidiva hemorrágica.

Este caso clínico, documentado iconograficamente, demonstra a importância da terapêutica endoscópica na hemorragia digestiva por varizes rectais, revelando-se a laqueação elástica um procedimento simples, seguro e eficaz.

92

RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÍSTULAS PANCREÁTICAS PÓS-CIRÚRGICAS

Autores

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

Instituição

Hospital Egas Moniz - Serviço de Gastroenterologia

Resumo

O desenvolvimento de fístulas pancreáticas são actualmente um desafio médico. Ainda que as medidas conservadoras apresentem elevada taxa de sucesso terapêutico (70%), esta opção está associada a um elevado tempo de internamento. Por outro lado, a abordagem terapêutica cirúrgica (eficácia terapêutica >80%) acarreta um aumento da mortalidade. Neste contexto, a terapêutica endoscópica representa uma opção de interesse crescente nesta área.

O autores apresentam 3 casos de fístulas pancreáticas internas, secundárias a cirurgias abdominais, com resolução endoscópica. Caso 1: homem de 57 anos, submetido a nefrectomia esquerda, adrenalectomia homolateral, pancreatetectomia caudal e esplenectomia por carcinoma renal de células claras com invasão pancreática, desenvolve no pós-operatório precoce ascite pancreática moderada/volumosa. Apesar das medidas conservadoras com paracenteses de repetição observou-se persistência da ascite após 2 semanas. Caso 2: homem de 62 anos, submetido a esplenectomia laparoscopia por púrpura trombocitopénia idiopática, com colocação inadvertida de clip na região caudal do pâncreas. Dez dias após a cirurgia é reinternado por colecção subfrénica esquerda infectada. Procedeu-se a drenagem percutânea, mantendo drenagem persistente após 2 semanas (amilase do líquido colectado persistentemente elevada). Caso 3: homem de 51 anos, submetido a pancreatetectomia caudal por tumor neuroendócrino, desenvolve após a intervenção cirúrgica, quadro de dispneia associado a derrame pleural esquerdo extenso. A análise do líquido pleural confirmou tratar-se de efusão pancreática, revelando-se refractária à toracocentese.

Em todos os doentes realizou-se CPRE, que confirmou fistulização do ducto pancreático, procedendo-se a esfincterectomia pancreática seguida de colocação de prótese plástica pancreática. Concomitantemente realizou-se terapêutica com octreótido. Observou-se eficácia terapêutica em todos os casos, com resolução do quadro num tempo máximo de 6 semanas. A terapêutica endoscópica tem-se revelado uma opção válida na resolução de fístulas pancreáticas, abreviando o tempo de encerramento das fístulas e a necessidade terapêutica cirúrgica.

93

PONTUAÇÃO PSICOMÉTRICA DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: DADOS PRELIMINARES DA NORMALIZAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Autores

Pinho M.*, Cerqueira R.***, Peixoto B.***

Instituição

* Departamento de Psicologia (ISCS-N; CESPU, crl.) Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UniPSa) ** Serviço de Gastroenterologia do Hospital de São Sebastião, EPE *** Departamento de Ciências (ISCS-N; CESPU, crl.)

Resumo

Introdução: A Encefalopatia Hepática Mínima (EHM) tem sido associada a alterações na qualidade de vida, capacidade de condução de veículos, ao aparecimento da forma explícita de Encefalopatia Hepática e a um pior prognóstico, incluindo um elevado risco de mortalidade. Neste contexto a detecção precoce desta condição permitirá a redução das suas consequências. A Pontuação Psicométrica da Encefalopatia Hepática (PPEH), consiste em cinco tarefas de fácil aplicação e cotação incluindo o Trail Making Test A e B, o Digit Symbol Test o Serial Dotting Test e o Line Drawing Test. O uso da PPEH é recomendado pela International Society for Hepatic Encephalopathy and Nitrogen Metabolism, para o diagnóstico e monitorização da EHM, desde que existam traduções e dados normativos locais. O objectivo do presente estudo foi a normalização da PPHE para a população Portuguesa.

Sujeitos e Métodos: Os testes que compõem a PPEH foram aplicados a 115 indivíduos são de quatro distritos do norte de Portugal. Variáveis como a idade, sexo, anos de escolarização e tipo de profissão foram estudadas em relação aos resultados obtidos através do teste t de Student e da correlação de Pearson. Para a construção das tabelas de normalidade utilizou-se a regressão linear múltipla.

Resultados: A idade e anos de escolarização, foram as variáveis independentes que mais se relacionaram com o desempenho nas cinco provas.

Conclusão: A disponibilização das tabelas de normalidade permitirá o diagnóstico de EHM em pacientes Portugueses com cirrose hepática através de um método objectivo e de referência internacional.

94

ESTEATOSE HEPÁTICA E VÍRUS DE HEPATITE B

Autores

Cerqueira R.*, Manso C.M.***, Correia M.* , Fernandes C.* , Schigliano M.***

Instituição

*Gastroenterologia e ***Patologia, Hospital São Sebastião - Sta. Maria da Feira, Portugal, **Universidade Fernando Pessoa, F. Ciências da Saúde, Porto, Portugal & REQUIMTE-UP

Resumo

Introdução: A esteatose hepática tem sido associada à hepatite crónica C mas a sua relação com a hepatite crónica B (HCB) - etiologia e impacto na doença - permanece por esclarecer. O objectivo deste estudo foi a avaliação da frequência e factores de risco da esteatose e a sua associação com a fibrose nos doentes portugueses com HCB.

Material e métodos: Foi elaborado um estudo retrospectivo através da revisão dos registos clínicos de 91 doentes com HCB que efectuaram consecutivamente biópsia hepática não submetidos previamente a terapêutica anti-vírica. A idade média era 36,8 (\pm 10,5) e 65 (71.4%) eram homens. Dezasseis (17.6%) eram AgHBe-positivo. A fibrose foi avaliada pela classificação de Metavir. A análise estatística foi efectuada usando o teste de qui-quadrado para análise univariada e a regressão logística, método «Wald backward stepwise» [$\chi^2=0,05$ para inclusão/0,10 para exclusão de factores, SPSS vs17.0], para análise multivariada.

Resultados: A prevalência da esteatose hepática foi 44%. A análise univariada mostrou que a esteatose hepática se associava significativamente à ferritina \geq 300 (ng/ml) [OR=4,2; IC 95%:1,41-12,3; p=0,008], ao consumo de álcool \geq 40 (g/dia) [OR=3,6; IC 95%:1,3-9,6; p=0,01] e ao excesso de peso, (BMI) \geq 25 kg/m² [OR=3,2; IC 95%: 1,2-8,4; p=0,012]. Na análise multivariada apenas a ferritina permaneceu independentemente associada à esteatose hepática [OR= 5,9; IC 95%:1,04-32,9]; p=0,044. A esteatose (\geq 5%) não mostrou estar significativamente associada à fibrose - Metavir \geq F2 - [OR=2,46; IC 95%: 0,96-6,3; p=0,058].

Conclusões: A ferritina elevada é um factor de risco independente de esteatose hepática nos doentes portugueses com HCB. Os nossos resultados sugerem que a esteatose hepática não acelera a fibrose na HCB.

95**HISTOLOGIA HEPÁTICA NA INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO DA HEPATITE CRÓNICA B COM TGP NORMAL OU COM ELEVAÇÃO MÍNIMA****Autores**

Pinto J., Afonso. M., Veloso R., Leite S., Silva A.P., Fernandes S., Alberto L., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia - CHVNGaia

Resumo

Introdução: Viremia, TGP e histologia hepática são os principais factores de decisão para terapêutica na hepatite crónica HBV.

Objectivo: Determinar a influência da histologia na indicação para tratamento em doentes com hepatite HBV HBeAg-negativa e TGP normal ou $<$ 1,5xN.

Doentes e Métodos: Estudo retrospectivo de doentes consecutivos HBsAg+, HBeAg-negativo, com TGP persistentemente N ou $<$ 1,5xN, submetidos a biópsia hepática entre 2006-2009. Considerou-se indicação

histológica para tratamento grau \geq A2 ou estágio \geq F2 do score Metavir.

Resultados: Incluídos 33 doentes, 25 homens, idade mediana 40 anos (18-72). O DNA-HBV era \geq 2.000 UI/ml em 21 doentes, $<$ 2.000 em 9 e desconhecido em 3. Encontraram-se graus \geq A2 em 12 doentes e \geq F2 em 5. No subgrupo com DNA \geq 2.000 a histologia indicou tratamento em 9 (42,8%) : \geq A2 (n=8), \geq F2 (n=1). Conclusão: 1. Nos nossos doentes com TGP normal ou com elevação mínima e DNA \geq 2.000 UI/ml a histologia indicou tratamento em 42,8%. 2. A biópsia hepática deve ser sempre considerada neste grupo de doentes.

96**ELASTOGRAFIA TRANSITÓRIA NA AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA HEPATITE B CRÓNICA****Autores**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Santa Maria

Resumo

Background: A elastografia transitória hepática, Fibroscan (FS), é um método não invasivo para avaliação de fibrose. Como tal também tem sido usado na hepatite crónica B (HB).

Objectivo: Avaliar qual o seu desempenho numa amostra de doentes (dtes) com HB de uma Consulta de Hepatologia e determinar o ponto de corte que melhor discrimina fibrose significativa.

Material e métodos: Análise prospectiva que compara os resultados de FS (kPa), ALT (UI/L) e histologia de acordo com Peter Scheuer. Os dtes foram estratificados em grupos: F0-F1-F2 vs F3-F4. Análise estatística usando o programa SPSS 16.

Resultados: n=51 dtes, 68,6% do sexo masculino, 80% anti-HBe positivos. Médias de: idade 36,41 \pm 12,34 anos, ALT 55,37 \pm 44,87 [10-202]. 62,7% com ALT (normal)N e 37,3% ALT \geq 1,5 N. 82,4% com F0,F1 ou F2, e 17,6% com F3 ou F4. O valor de FS tem correlação positiva e significativa com a ALT (+0,351). Mediana de FS: F0/1/2= 5,75 kPa (5,7 se ALT N e 6,05 se ALT \geq 1,5N); F3/4=9,3 (8,87 se ALT N e 13,1 se ALT \geq 1,5N) (p=0,001, ANOVA). AUROC (IC 95%) para discriminar F \geq 3 = 0,907 (0,822- 0,992). Tabela: descrevem-se os dados obtidos com alguns pontos de corte.

F0/1/2 vs F3/4	Pontos de corte - FS (kPa)	Sensibilidade %	Especificidade %	VP positivo	VP negativo
	6,8	100	69	41	100
	8	89	81	50	97
	11	44	100	100	89

Conclusões: A elastografia hepática é útil na detecção de fibrose significativa em doentes com hepatite B crónica. Os pontos de corte obtidos são semelhantes aos descritos na literatura.

97

VALIDAÇÃO DO SCORE NÃO INVASIVO DE PREDIÇÃO DE FIBROSE HEPÁTICA FIB-4 NA HEPATITE B CRÓNICA**Autores**

Veloso R., Afonso M., Pinto J., Pinho R., Leite S., Fernandes S., Silva A.P., Alberto L., Fraga J.

Instituição

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

Resumo

Introdução: As hepatites víricas constituem actualmente uma das doenças mais prevalentes a nível mundial, estimando-se que cerca de um milhão de pessoas morra anualmente com complicações decorrentes da infecção crónica pelo vírus da Hepatite B (VHB). A avaliação da fibrose hepática é fundamental, sendo cada vez mais necessária a construção e validação local de métodos não invasivos para a sua determinação.

Objetivos: Validação em população mono-infectada pelo VHB do método não invasivo para predição de fibrose hepática FIB-4, inicialmente desenvolvido para doentes co-infectados pelo vírus da hepatite C (VHC) e vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com hepatite B crónica que efectuaram biópsia hepática no nosso serviço de Janeiro de 2007 a Fevereiro de 2010. O grau de fibrose foi avaliado pela escala de METAVIR, considerando-se fibrose significativa superior a 2. Análise estatística: cálculo da área sob a curva ROC (AUROC) e dos valores de especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN), acuidade, utilizando os cut-offs da publicação original.

Resultados: Avaliados 33 doentes: 72,7% homens, idade mediana de 40 anos. A AUROC do FIB-4 para predição de fibrose avançada foi de 0,85 ($p=0,04$). A sensibilidade foi de 50%, a especificidade de 100%, o VPP de 100% e o VPN de 91,67%. A acuidade do teste foi de 92,3%. O teste mostrou-se aplicável em 78,8% da população estudada.

Conclusão: O FIB-4 mostrou-se útil em doentes mono-infectados com o VHB. Os VPP e VPN, bem como a aplicabilidade e acuidade do método nestes doentes com mono-infecção por VHB são semelhantes aos doentes com co-infecção VHC/VIH.

98

COMPARAÇÃO DE 4 TESTES PARA O DIAGNÓSTICO NÃO-INVASIVO DE FIBROSE SIGNIFICATIVA NA HEPATITE C CRÓNICA: PROPOSTA DE UM ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO**Autores**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Braga *Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Braga

Resumo

Introdução: A existência de múltiplos testes para a avaliação não-invasiva da fibrose em doentes com hepatite C crónica torna difícil a opção por um.

Objectivo: Comparar a eficácia de 4 testes não-invasivos simples (APRI, Fib-4, índice de Forns e Fibroindex) para o diagnóstico de fibrose significativa em doentes com hepatite C crónica.

Métodos: Foram incluídos retrospectivamente 90 doentes (63 do sexo masculino) com hepatite C crónica que realizaram biópsia hepática pré-tratamento e avaliação analítica. Definiu-se fibrose significativa como $F \geq 2$ (METAVIR). Comparou-se a AUC (area under the curve) e acuidade diagnóstica dos 4 testes para $F \geq 2$.

Resultados: 44 (49%) doentes apresentavam $F \geq 2$. A AUC dos 4 testes não diferiu significativamente (0,81-0,83; $p > 0,05$). Utilizando os cut-off publicados na literatura, o Fib-4 permitiu classificar mais doentes (72%) que o APRI (54%) e o Fibroindex (54%) ($p < 0,05$) e número semelhante ao índice de Forns (68%, $p > 0,05$). A acuidade diagnóstica (percentagem de doentes classificados correctamente) dos 4 testes não diferiu significativamente (78-84%; $p > 0,05$). Com a excepção do índice de Forns, a acuidade para a presença de $F \geq 2$ (88-100%) foi superior à acuidade para a ausência de $F \geq 2$ (76-82%) ($p > 0,05$). Combinando simultaneamente o teste com maior acuidade diagnóstica (APRI) com o teste com menor percentagem de doentes não classificáveis (Fib-4), obtivemos uma acuidade diagnóstica superior (89%) e uma percentagem de doentes classificáveis superior (79%) à de cada teste isoladamente ($p > 0,05$).

Conclusão: Os testes analisados não apresentam diferenças significativas relativamente à AUC, e acuidade diagnóstica, no entanto, o Fib-4 apresenta maior percentagem de doentes classificáveis. Com a excepção do índice de Forns, os testes analisados são mais eficazes no diagnóstico da presença do que no diagnóstico da ausência de $F \geq 2$. Combinando o APRI com o Fib-4 aumentamos a acuidade diagnóstica e diminuímos a necessidade de biópsia hepática em doentes com hepatite C crónica.

99

ELASTOGRAFIA HEPÁTICA TRANSITÓRIA NO ESTADIAMENTO DA FIBROSE EM DOENTES CO-INFECTADOS VHC/VIH**Autores**

Vieira Lima C., Baldaia C., Serejo F.

Instituição

Centro hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria

Resumo

Introdução: A elastografia hepática transitória (Fibroscan, FS) está validada para o estadiamento da fibrose na hepatite C crónica. O seu impacto nos doentes (dtes) co-infectados VHC/VIH é uma área em análise. **Objectivo:** avaliar o FS e outros marcadores não invasivos de fibrose em dtes co-infectados VHC/VIH, comparando os resultados com os valores cutoff encontrados na monoinfecção VHC.

Material e métodos: estudo retrospectivo de 58 dtes co-infectados VHC/VIH. Parâmetros analisados: FS isolado vs fórmula de regressão $FR = 1/1 + e^{-C; +0.34*FS + 0.006*AST + 0.008*ALT - 0.538*Co-esterol + 0.155*Trigliceridos + 0,0319*plaquetas}$ sendo o factor C de 3.46 para S0-2+ G0-4, de 4.108 para S0-2+G5-6 e 5.595 para S3-4+G 0-4, obtida em dtes mono-infectados.

Resultados: n°=58 doentes VHC/VIH, 82,8% homens, idade média 40,4 anos, 93,1% sem tratamento para VHC, 56,9% genótipo 1a. virémia VHC $\log_{10}=6,25$. Valores médios: FS= 7,2 kPa (IQR=1,7; 31% com esteatose hepática na ecografia, AST = 67,3(U/L), ALT = 83,9(U/L), plaquetas = 206x10⁹, colesterol total = 174mg/dL; triglicéridos=156,4mg/dL. A tabela compara os cutt-offs de FS e a probabilidade de fibrose ligeira/ moderada vs grave. O valor cutt-off do Fibroscan para fibrose ligeira/ moderada na mono-infecção (16 kPa) permite diferenciar 80% dos casos de co-infecção. Contudo o cutt-off de 12 kPa para fibrose avançada na mono-infecção falha em 32,2% dos co-infectados. A utilização da fórmula FR permite o ajuste, sugerindo-se a subida do cutt-off de fibrose avançada para 16,3kPa neste grupo particular de doentes.

Conclusão: A elastografia hepática transitória é útil na avaliação do estadiamento da fibrose na coinfecção. A aplicação da fórmula de regressão FR em conjunto com o valor cutoff de 16,3 kPa validou correctamente o estágio de fibrose avançada em 100% dos casos.

100

A DIMINUIÇÃO DA HEMOGLOBINA INDUZIDA PELA RIBAVIRINA NÃO É UM FACTOR DE RESPOSTA AO TRATAMENTO DA HEPATITE C CRÓNICA

Autores

Simão A., Correia L., Monteiro R., Carvalho A.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE - Serviço de Medicina Interna - Unidade Funcional de Doença Hepática

Resumo

Introdução: A ribavirina é essencial para a resposta viral mantida (RVM) à terapêutica da hepatite C crónica (HC), propondo-se eritropoietina para permitir sempre a dose adequada. O estudo IDEAL (N Engl J Med 2009; 361: 580-93) mostrou que a anemia e consequente diminuição da dose de ribavirina não prejudicavam a RVM, até superior nesses casos.

Objectivo: Avaliar relação entre anemia e diminuição da hemoglobina (Hb) durante o tratamento da HC e RVM.

Doentes e Métodos: Análise retrospectiva de 172 doentes (131 H, 41 M) com HC tratados com PegIFN-alfa e ribavirina (30 re-tratamentos) de acordo com os RCMs. Comparou-se RVM com não-resposta (NR)

ou recidiva (RC) de acordo com o valor mínimo e diminuição da Hb durante o tratamento.

Resultados: Obteve-se RVM em 48,3% (83 doentes - 65 H, 18 M); por genótipo: 1 (n=90) - 40%, 2 (n=6) - 50%, 3 (n=54) - 70%, 4 (n=6) - 42%, ND (n=8) - 50%. Hb basal de 15+1,67 g/dL nos doentes com RVM e 14,73+1,65 g/dL nos NR/RC (pNS); desceu em média 2,59+1,53 g/dL na RVM e 2,92+1,51 g/dL nos NR (n=75) ou RC (n=14) (pNS). Ocorreu RVM em 60/114 doentes (52,6%) com diminuição da Hb ≥ 2 g/dL e em 23/58 (39,7%) dos outros (pNS); em 39/70 (55,7%) com diminuição de Hb ≥ 3 g/dL e 44 (43,1%) nos restantes (pNS). Nos 12 com Hb <10 g/dL durante o tratamento, 4 (33,3%) tiveram RVM vs 79/160 (49,4%) nos outros (pNS); para Hb <12 g/dL, RVM em 35/78 (44,9%) vs 48/94 (51,1%) (pNS).

Conclusões: A diminuição da Hb em 2 ou 3 g/dL não foi factor de má resposta, havendo tendência para maior taxa de RVM. A anemia, mesmo com Hb <10 g/dL, não se associou a pior resposta, embora com tendência para menor taxa de RVM. Assim, a eritropoietina só será necessária para valores muito baixos de Hb.

101

USE OF REPLACEMENT BLOOD DONORS TO STUDY THE EPIDEMIOLOGY OF MAJOR BLOOD-BORNE VIRUSES IN THE GENERAL POPULATION OF MAPUTO, MOZAMBIQUE

Autores

Cunha L., Plouzeau C., Ingrand P., Samo Gudo J., Ingrand I., Mondlane J., Beauchant M., Agius G.

Instituição

Hospital Central de Maputo

Resumo

The seroprevalence rates of HIV, HTLV, HBV, HDV and HCV in Mozambique are poorly documented. The epidemiology of these infections was studied in the Maputo region. All donors attending the blood bank during the study period were interviewed and underwent serological and molecular tests for markers of virus exposure. Thus, 1578 consecutive replacement blood donors were investigated, as they undergo no selection (other than their relation with a patient needing a transfusion), and may thus provide reliable estimates of the prevalence rates in the general population. The age-standardized prevalence rates among 15- to 49-year-old men and women were respectively 12.3% and 15.4% for HIV and 0.9% and 1.2% for HTLV. Low educational status (P=0.014) and tattooing/scarification (P=0.023) were predictive of HIV infection in multivariate analysis. The age-adjusted prevalence rates of markers of hepatotropic virus among men and women were respectively 10.6% and 4.5% for HBsAg, 1.2% and 1.0% for anti-HCV antibodies, and 0% and 0% for anti-HDV. Two percent of donors had viral co-infections, most frequently involving the combination of HIV and HBV (HBsAg +). A significant association was found between anti-HIV and anti-HBc (P=0.012).

HBsAg was associated with the place of birth ($P=0.011$) and a history of transfusion ($P=0.069$). Smokers had higher seroprevalence rates than non smokers for HIV ($P<0.0001$) and HBsAg ($P=0.045$). Genotype A was the most frequent HBV genotype (86.3%) followed by genotypes E and D. HCV genotypes were 1a, 1b, 3a and 5a. These results show that HBV vaccination and HIV preventive measures need to be reinforced in Mozambique.

102

HEPATOCARCINOMA: RESPOSTA INESPERADA AO SORAFENIB - O QUE FAZER A SEGUIR?

Autores

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

Instituição

Hospital de S. Teotónio, E.P.E.

Resumo

Doente do sexo masculino com 53 anos, com hepatopatia crónica etanólica, enviado ao nosso serviço em Março de 2009, por massa hepática sólida com cerca de 7,5 cm, detectada ecograficamente e elevação de AFP (36145ng/mL). Efectuámos TC abdominal que revelou uma massa com cerca de 8,5cm, única, localizada ao hilo hepático, com hiper-captação em fase arterial. Estabelecemos o diagnóstico de hepatocarcinoma, em doente em classe funcional de Child-Pugh B e Performance Status 1.

De acordo com o sistema de estadiamento BCLC, tratava-se de um estadió avançado com indicação para terapêutica com Sorafenib, que iniciou em Abril de 2009 na dose de 800mg/dia. Na terceira semana de tratamento desenvolveu síndrome mão-pé, pelo que foi reduzida a dose para 400mg/dia, com resolução progressiva do quadro. Em Fevereiro de 2010 fez TC abdominal de controlo que mostrou uma massa de 2,8x3,3cm, sem captação de contraste em fase arterial e a AFP era de 6,9ng/mL. Nessa altura não descrevia sintomas constitucionais, constatando-se melhoria de provas hepáticas, nomeadamente diminuição da bilirrubina.

Discussão: O Sorafenib foi aprovado pela FDA e EMEA para o tratamento do Hepatocarcinoma em estadió avançado. Estudos de fase III, multicêntricos, aleatorizados, em dupla ocultação e controlados por placebo (SHARP e Ásia-Pacífico) definiram o seu papel em doentes com cirrose hepática Child-Pugh A. Alguns estudos publicados incluíram doentes Child-Pugh A e B mas apresentaram resultados menos promissores. O seu uso como terapêutica adjuvante e/ou neoadjuvante também está a ser avaliado mas ainda não está estabelecido.

Conclusão: O Sorafenib é um fármaco promissor mas a escassa experiência coloca os clínicos perante decisões difíceis. O que fazer a seguir neste doente?

103

QUAIS OS PARÂMETROS ASSOCIADOS A PIOR PROGNÓSTICO VITAL NA HEPATITE ALCOÓLICA?

Autores

Monsanto P., Almeida N., Ladeira N., Pina Cabral JE., Lérias C., Sofia C.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A identificação precoce de factores de risco em doentes com hepatite alcoólica (HA) poderá influenciar a sua orientação terapêutica. Objectivos: Estudo retrospectivo dos doentes admitidos por HA num período de 10 anos (2000-2010) com vista a avaliar a mortalidade e factores de risco associados.

Doentes e Métodos: 45 doentes (29H; média etária:45,7±10,5anos). Para doentes com mais do que um episódio de HA, apenas o episódio inicial foi contabilizado. Registadas características demográficas, clínicas e laboratoriais. Calculado o score MELD, classe Child-Pugh (CP) e o Índice de Maddrey (IM) à admissão, e a variação do MELD ao 7º dia (Var.MEDL). Análise estatística com χ^2 e teste T-de-Student.

Resultados: Doença hepática crónica em 53,3% dos indivíduos. Manifestações clínicas na admissão: ascite-60%, edemas-42,2%; encefalopatia-24,4%, dor abdominal-20%, febre-13,3%. Classe CP: A-6,7%, B-31,1%, C-62,2%. Média na admissão: MEDL 22±8 e IM 68±43. Var.MEDL: 1,8±5,7. Infecção durante internamento em 17(37,8%) doentes. A mortalidade aos 30 e 90 dias cifrou-se em 26,7%(12/45) e em 42,2%(19/45), respectivamente. A falência multiorgânica foi a principal causa de mortalidade (66,7%) seguida pela síndrome hepatorenal (SHR)(27,8%) e hemorragia digestiva(5,6%). As variáveis que apresentaram uma associação significativa com a mortalidade aos 30 dias foram: encefalopatia na admissão, desenvolvimento de SHR, CP classe C, e valores mais elevados de INR (1,8 vs.2,8), bilirrubina (14,8 vs.22,2mg/dL), IM (51 vs.114) e Var.MEDL (0,2 vs.5,9) ($p<0,05$). Já a mortalidade aos 90 dias, associou-se significativamente com a presença de cirrose, desenvolvimento de SHR, CP classe C e valores mais elevados de leucócitos (9,4 vs.13,3), INR (1,8 vs.2,5), bilirrubina (12,8 vs.22,2mg/dL), MELD (19 vs.24), IM (48 vs.96) e Var.MEDL (-0,7 vs.4,5) ($p<0,05$).

Conclusões: A HA apresenta uma elevada mortalidade, identificando-se diversos parâmetros, associados a maior compromisso da função hepática, que podem prever um prognóstico mais nefasto. O MELD e o IM serão, porventura, os factores quantitativos de maior interesse neste contexto.

104

O CONSUMO MANTIDO DE ÁLCOOL ASSOCIA-SE A MAIOR TAXA DE RE-INTERNAMENTOS APÓS PRIMEIRA DESCOMPENSAÇÃO DE CIRROSE HEPÁTICA

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Resumo

Objectivos: A cirrose hepática (CH) avançada caracteriza-se múltiplos re-internamentos. Avaliamos os factores que influenciam padrões de re-internamentos após primeira descompensação de CH.

Métodos: Estudamos 171 doentes consecutivos que sobreviveram a primeira descompensação de CH. Efectuamos análise estatística com SPSS16.

Resultados: Idade: 57±14 anos, homens-78%(133). Etiologia de CH: álcool-64%(109), álcool e vírus-15%(25), vírus-15%(26), outras-6%(11). Tipo de descompensação: ascite-49%(84), hemorragia digestiva alta(HDA)-33%(56), icterícia -11%(18), encefalopatia hepática (EH)-8%(13). Gravidade de CH: Score de CP-9±2, score MELD-15±6. Valores laboratoriais: creatinina-1±0.8mg/dL, colesterol total-134±52mg/dL, infecções-30%(47/156). A mediana de seguimento foi 22 meses (IQR 6.3-50.7). Verificaram-se 517 re-internamento, tendo 59%(101) doentes tido ≥2 re-internamentos. Motivos de re-internamentos: Ascite-34%(176), EH-27%(141), HDA-19%(99), infecções-15%(79), icterícia-3.5%(18) e alterações electrolíticas-1%(5). Re-internamento por ascite (OR: 5.0, 95%I.C. 2.6-9.8, p<0.001), HDA (OR: 2.7, 95%I.C. 1.4-5.3, p=0.004) ou EH (OR: 3.3, 95%I.C. 1.7-6.8, p=0.001) associou-se a significativamente maiores hipóteses de ≥ 2 re-internamentos. O consumo mantido de álcool foi o único factor associado a ≥2 re-internamentos (OR 2.4; 95%I.C. 1.2-5.0, p=0.019) até ajustamento para score de CP ≥10 (OR 2.8; 95%I.C. 1.3-6.1, p=0.01) e score de MELD ≥15 (OR 2.8, 95%I.C. 1.3-6.1, p=0.012). Nenhum outra variável associou-se a maior taxa de re-internamentos.

Conclusões: A taxa de re-internamentos após primeira descompensação de cirrose hepática é elevada, estando associada apenas o consumo mantido de álcool.

105**HEPATITE ALCOÓLICA NUM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA - ESTUDO RETROSPECTIVO****Autores**

Cardoso E., Vieira Lima C., Fatela N., Baldaia C., Marinho R., Ramalho F., Velosa J.

Instituição

Centro Hospitalar Lisboa Norte - HSM

Resumo

Introdução: A hepatite alcoólica (HA) cursa mortalidade elevada a nível intra-hospitalar (44%). Vários modelos de gravidade têm surgido para estratificação do prognóstico e orientação terapêutica, propondo-

se o tratamento com pentoxifilina e/ou corticóides para os doentes com Índice de Maddrey(IM) ≥32.

Objectivo: Descrever a população de doentes com HA admitidos num serviço de Gastroenterologia e estudar a sobrevida a longo prazo.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com HA admitidos no nosso serviço entre 2004-2009.

Resultados: Foram estudados 67 doentes, 73,1% homens, com mediana de 51 anos (mín=28;max=72); 79,1% apresentavam hepatite alcoólica grave - IM à entrada (IM0) 61,619;32; 57% com MELD 61,619;18 e 79,1% pertenciam à classe Child-C. O tempo de internamento hospitalar médio foi 14,4 dias. Verificou-se uma mortalidade intra-hospitalar (MIH) de 22,4% (n=15) com sobrevida mediana (Smed) global de 521dias; causas de MIH: sépsis(n=7), hemorragia digestiva(n=4), insuficiência hepática(n=3) e choque hipovolémico(n=1). Verificámos correlação entre: MIH e IM0 (0,284) e IM ao 7º dia (IM7) (0,501) (Teste Pearson); tempo de internamento e IM0 (0,290) (Teste de Spearman). Caracterização dos casos por grupos: grupo1 (sem terapêutica específica): n=30; 44,8%; IM0<32=33,3%; 78% com melhoria do IM ao 7º dia (IM0-IM7)0; MIH=30%; Smed=450dias; grupo2 (tratamento com pentoxifilina): n=25, 37,3%; IM0≥32= 84%; 80% com IM0-IM7)0; MIH=12%; Smed=540dias; grupo3 (pentoxifilina e prednisolona): n=10; 14,9%; IM0≥32= 100%; 90% com IM0-IM7)0; MIH=30%; Smed=973dias; grupo 4 (prednisolona): n=2; 3%; IM0≥32=2; 100% com IM0-IM7)0; MIH=0%. Em todos os grupos, obtivemos correlação entre IM7 e a sobrevida aos 180 dias. Apenas se observou diferença estatisticamente significativa, entre a sobrevida aos 180 dias no grupo 1 versus grupo2 (t-student, p<0,05).

Conclusão:1/5 dos doentes faleceu durante o internamento, relacionando-se a mortalidade com o IM0 e IM7. A sobrevida aos 6 meses dos doentes sob pentoxifilina foi superior à dos doentes sem terapêutica, com correlação negativa com o valor de IM do doente.

106**HEPATITE AUTO-IMUNE: OS CRITÉRIOS SIMPLIFICADOS SÃO MENOS SENSÍVEIS?****Autores**

Correia L., Monteiro R., Simão A., Louro E., Santos A., Santos R.M., Carvalho A.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Medicina Interna

Resumo

Introdução: A hepatite auto-imune (HAI) tem apresentação clínica variável e o reconhecimento pode ser difícil. Os critérios de diagnóstico do Grupo Internacional de HAI, propostos com fins científicos, são complexos na prática clínica. Em 2008, Henes et al. propuseram critérios de diagnósticos simplificados (CDS), com valores preditivos positivos e negativos da ordem dos 90%, mas necessitando de confirmação.

Objetivo: Caracterização dos doentes com HAI seguidos na consulta e comparação dos critérios de diagnóstico.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos e aplicação dos critérios.

Resultados: Incluídos 42 doentes (40M/2H), com idade média de 38 anos (9-78). Apresentação como hepatite crónica em 66,7%, aguda em 23,8% e fulminante em 9,5%; a maioria (91%) tinha HAI tipo I e 24% eram assintomáticos; astenia (64%), icterícia (50%), anorexia (47%), emagrecimento (31%), artralhas (29%), hepatomegalia (24%), náuseas e vômitos (24%) foram os achados mais frequentes; havia outra doença auto-imune em 21%. Tratamento com prednisolona e azatioprina (45,2%), prednisolona (35,7%), ou deflazacort (2,4%) em monoterapia; evolução favorável em 86% dos doentes, tendo falecido 14%. Em pré-tratamento, os critérios de diagnóstico clássicos classificaram 25 doentes (60%) como HAI definitiva e 17 (40%) como provável; aplicando os CDS só houve concordância com os clássicos em 19 doentes (45%); a HAI passou de definitiva a provável em 14 (33%) e de provável a definitiva em 3 (7%); em 14% a pontuação foi inferior a 6 (nos clássicos, HAI definitiva em 3 e provável em 3).

Conclusões: Nos nossos doentes foram mais frequentes a HAI tipo I (91%) e a forma crónica (66,7%). A maioria teve remissão sob tratamento. Comparando os critérios de diagnóstico, houve concordância em apenas 45% dos doentes; em 14% os CDS não permitiram a classificação como HAI. Na prática, perante suspeita de HAI, os CDS são uma opção inicial, mas deverão usar-se também os critérios clássicos.

107

CARACTERIZAÇÃO DA FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA POR AMANITA PHALLOIDES

Autores

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

Instituição

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A falência hepática aguda (FHA) por *Amanita phalloides* é uma entidade rara, com um curso clínico rápido e uma elevada taxa de mortalidade.

Objetivo: Avaliar a evolução da FHA por *Amanita phalloides*.

Material e métodos: Análise retrospectiva de 10 doentes com FHA por *Amanita phalloides* admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia entre 1992 e 2009.

Resultados: A intoxicação por *Amanita phalloides* representou 11,6% das admissões por FHA. 60% eram mulheres, com idade média de 51 ± 18 anos. O período entre a ingestão e o início da sintomatologia teve uma duração média de 9,8 horas (min:7, máx:16). A admissão

na Unidade ocorreu, em média, 60 horas após a ingestão. A FHA foi fulminante em 70% dos doentes. Todos os doentes receberam sibilina endovenosa, em 60% dos casos associada à penicilina e em 10% à N-acetilcisteína. Constataram-se complicações em 60% dos doentes, sendo a insuficiência renal aguda e a falência cardio-respiratória as mais frequentes. Reuniram critérios de Clichy e/ou King's College Hospital para transplante hepático emergente 80% dos casos, dos quais 75% foram transplantados. A taxa de mortalidade global foi de 40%.

Conclusões: A FHA por *Amanita phalloides*, apesar de pouco frequente, acarretou uma elevada taxa de mortalidade. O transplante hepático foi necessário na maioria dos casos. A referência para uma Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia, ligada a uma equipa de transplantantes hepáticos, deve, pois, ser realizada o mais precocemente possível.

108

AMILOIDOSE PRIMÁRIA - CAUSA RARA DE FALÊNCIA HEPÁTICA

Autores

Gonçalves A., Pinto S., Barjas E., Cortez-Pinto H., Crujo C., Velosa J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Serviço Anatomia Patológica, Hospital de Santa Maria-CHLN

Resumo

Introdução: A amiloidose primária (AL) é uma gamapatia monoclonal de envolvimento sistémico rara (incidência 4 / 100.000). O envolvimento hepático ocorre em 70% dos doentes e é na maioria dos casos assintomático. A apresentação com icterícia colestática e falência hepática é extremamente rara estando apenas descritos 25 casos na literatura. Apresentamos o caso clínico de um doente do sexo masculino, 81 anos, caucasiano, com antecedentes relevantes de colecistectomia por litíase há 8 anos e cardiopatia isquémica, com quadro com cerca de 4 meses de evolução de astenia progressiva, alteração das provas hepáticas com padrão de predomínio colestático e insuficiência renal ligeira. Investigado em ambulatório, tinha realizado ecografia abdominal que mostrava hepatomegalia de contornos regulares e ecoestrutura homogénea, ascite ligeira e adenopatias mesentéricas, e avaliação analítica com exclusão de etiologias virais, metabólicas e autoimunes de doença hepática crónica. É admitido no nosso serviço por instalação de quadro de icterícia, aumento do volume abdominal e diminuição do débito urinário. Analiticamente destacava-se agravamento da insuficiência renal com creatinina de 4.2 mg/dL, AST 195 U/dL, ALT 79U/dL, bilirrubina total 16 mg/dL, TP 16/11. Da investigação complementar realizada salientava-se perfil electroforético com pico em gama compatível com gamapatia monoclonal IgM e proteinúria subnefrótica. Neste contexto

realizou mielograma que mostrou aumento do nº de plasmócitos e biópsia hepática que revelou infiltração maciça por depósitos de amilóide. Foi feito o diagnóstico de gamapatia monoclonal associado a amiloidose primária, causa de insuficiência hepática e renal progressiva. Iniciou terapêutica dirigida com prednisolona e melfalan, assistindo-se no entanto a um agravamento rápido do quadro clínico e óbito ao 10º dia de internamento. O caso ilustra uma apresentação pouco comum da amiloidose primária, demonstrando o mau prognóstico associado ao envolvimento hepático. Apresentamos iconografia histológica.

109

MUTAÇÃO DO GENE EPOR: CAUSA DE SÍNDROME DE BUDD-CHIARI?**Autores**

Ramos A., Ornelas R., Sousa A., Sousa D., Peixe B., Guerreiro H.

Instituição

Hospital de Faro

Resumo

O síndrome de Budd-Chiari (SBC) é uma entidade pouco frequente que atinge maioritariamente doentes jovens e que se define por uma obstrução do fluxo venoso hepático. Esta obstrução pode ocorrer a diversos níveis desde a as veias hepáticas até à veia cava inferior. A sua etiologia é multifactorial, sendo as doenças mieloproliferativas responsáveis por cerca de 50% dos casos. Contudo, nem sempre a etiologia pode ser definida, existindo mecanismos fisiopatológicos ainda não totalmente esclarecidos. Os autores apresentam o caso de um homem de 31 anos, previamente saudável, com história familiar materna de cirrose hepática criptogénica, observado por quadro de ascite de evolução progressiva e poliglobulia (eritrocitose). O estudo excluiu causa de origem hepática-sinusoidal. A existência de trombos das veias supra-hepáticas colocou a hipótese de SBC. A marcha diagnóstica inicial foi negativa: JAK 2, homocisteína, s. anti fosfolipídico, proteína S, antitrombina III, factor V Leiden, mutação gene protrombina, lesão tumoral. Objectivou-se contudo, défice de proteína C (50% de actividade) e mutação do gene EPOR (receptor da eritropoetina), responsável por casos de eritrocitose familiar; no caso em questão a mutação detectada não está, até à presente data, descrita na literatura: CD 437, nt 5996, CGT-CAT [Arg-His]. Crêem os autores que este achados poderão estar directamente relacionado com o SBC. Optou-se, no caso em questão, por colocação de TIPS, com resolução progressiva da ascite.

110

CORPOS DE GAMAN-GANDY ESPLÉNICOS E HIPERTENSÃO PORTAL**Autores**

Marques L., Lagos A.C., Rodrigues B., Pinto A., Costa Neves B.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia II Hospital Pulido Valente Centro Hospitalar Lisboa Norte

Resumo

Introdução: Os Corpos de Gamna-Gandy representam focos de micro-hemorragia e congestão com deposição de hemossiderina e fibrose. Resultam de hipertensão portal de longa duração e manifestam-se como esplenomegalias multinodulares que se confundem com processos infecciosos/linfoproliferativos.

Caso clínico: doente de 72 anos, caucasóide, sexo feminino com diagnóstico de cirrose hepática pós-viral B aos 60 anos, nunca tendo feito terapêutica anti-vírica. Foi internada por febre vespertina (38°C) e astenia. Estava vigil, sem encefalopatia porto-sistémica, com palidez da pele e mucosas e ascite ligeira, sem edemas dos membros inferiores. Laboratorialmente tinha: Hb=9,6g/dL, VGM=80,4fL, leuc.=2,7x10⁹/L, neut.=76%, plaquetas=34x10⁹/L, AST=50U/L, ALT=31U/L, GGT=189U/L, INR=1,14, albumina=3,0g/dL e PCR=3,1g/dL. A ecografia abdominal demonstrava fígado heterogéneo com contornos bosselados, esplenomegália de 20cm com múltiplos nódulos hiperecogénicos. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que revelou esplenomegália volumosa sugestiva de processo infeccioso/linfoproliferativo, sem adenopatias. A RM demonstrou múltiplos nódulos esplénicos com hipointensidade de sinal em T1 e T2, aspectos compatíveis com depósitos de ferro, denominados Corpos de Gamna-Gandy. As hemoculturas e urocultura foram negativas, assim como as serologias VIH, Leptospira, Leishmania e Brucella. A análise do líquido ascítico revelou GSAAlbumina > 1,1, sem neutrofilia, ADA normal, sem células malignas e exame bacteriológico, micobactériológico e micológico negativos. A resposta à prova de Mantoux foi anérgica. Por manter febre, iniciou antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam, tendo ficado apirética ao 3º dia. A revisão de internamento 5 anos antes, revelou ecografia com esplenomegália também de 20cm multinodular, tendo-se excluído na altura a existência de doença linfoproliferativa com TC toraco-abdomino-pélvica e biópsia da medula óssea.

Conclusão: No doente com cirrose hepática, o reconhecimento dos Corpos de Gamna-Gandy esplénicos como consequência de hipertensão portal poderá evitar atitudes diagnósticas intempestivas. A realização de RM, ao ser sensível na detecção de substâncias paramagnéticas é fundamental na sua identificação.

111

TROMBOSE DA VEIA PORTA E ANTICOAGULAÇÃO CRÓNICA - CASO CLÍNICO**Autores**

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

Instituição

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

Resumo

A trombose da veia porta tem na sua etiologia factores locais ou sistémicos relacionados com hipercoagulabilidade, inflamação, trauma ou neoplasia. Em cerca de 40% verifica-se a coexistência de factores.

Os autores apresentam um doente de 57 anos com cirrose hepática de etiologia alcoólica com diagnóstico em 2006, na sequência de rotura de varizes. Tinha hábitos alcoólicos quantificados em 60 g/dia e o recente estudo etiológico foi negativo. Foi integrado em programa de erradicação de varizes esofágicas e vigilância semestral em consulta. Em 2007 realizou tomografia computadorizada (TC) no contexto da sua vigilância que revelou trombose da veia mesentérica superior com extensão ao confluente espleno-portal com veia porta ectasiada (18,7 mm) e trombo (23x14 mm). O doente encontrava-se assintomático na altura da TC, referindo quadro recente interpretado como gastroenterite aguda. Análises com 12,7 g/dl de hemoglobina, INR 1.38, 80 500 plaquetas, fosfatase alcalina 228 U/L e μ -glutamyl-transferase 446 U/L, bilirrubina total 24.2 mg/dL e transaminases e α -feto-proteína normais. O estudo da coagulação revelou défice de proteína C e antitrombina III.

Iniciou terapêutica com varfarina com melhoria clínica e imagiológica. Em 2009, o doente auto-suspendeu anticoagulação e ocorreu novo episódio de dor abdominal, diarreia e ascite. A análise do líquido ascítico não revelou critérios de peritonite bacteriana espontânea. O estudo por doppler identificou veia porta ectasiada (24 mm), permeável, com extenso trombo (70x21 mm) com extensão ao confluente espleno-portal e mesentérica superior. Foi re-iniciada anticoagulação e a TC de controlo revelou recanalização completa da veia porta.

Encontra-se referenciado para transplantação hepática.

O benefício da anticoagulação crónica na trombose da veia porta está demonstrado, em particular quando perante situações de hipercoagulabilidade demonstrada, trombose extensa com envolvimento mesentérico ou quadros recorrentes. Esta anticoagulação é particularmente relevante tendo em conta a importância de um sistema venoso portal permeável para a eventual necessidade de transplantação hepática.

112**MALFORMAÇÃO INTRA-HEPÁTICA ARTERIO-VENOSA SISTÉMICA ASSOCIADA A HIPERTENSÃO PULMONAR****Autores**

Quintela C., Lopez A.

Instituição

HPP Lusiadas

Resumo

As malformações vasculares hepáticas podem ser congénitas ou adquiridas. As congénitas isoladas que não estão associadas a THH são

muito raras e diagnosticadas nas crianças. Os autores apresentam um doente de 84 anos, eurocaucasiano, admitido por insuficiência cardíaca direita grave. No decurso da investigação concluímos que apresentava uma malformação vascular intra-hepática da artéria hepática para uma veia supra-hepática. A malformação congénita arterio-venosa (artéria hepática para veia hepática) é rara não aumentam de tamanho nem regridem. Surgem no recém nascido ou na criança como insuficiência cardíaca de alto débito. As primeiras são as arteriovenosas e as arterio-portais e as segundas são as porto-sistémicas, as venosas e as linfáticas. Dentro das arterio-venosa localizam-se num lobo hepático e podem manifestar-se no recém-nascido como insuficiência cardíaca, anemia, hepatomegália e hipertensão portal; na criança como insuficiência cardíaca, isquémia hepática e hipertensão portal. O tratamento é de suporte mas não existe tratamento dirigido eficaz(1,2,3). Pela raridade deste caso decidimos apresentá-lo.

113**INFECÇÃO DO LÍQUIDO ASCÍTICO: ANÁLISE DE UMA SÉRIE HOSPITALAR****Autores**

Ladeira N., Almeida N., Monsanto P., Duarte P., Nobre S., Lérias C., Pina Cabral JE., Sofia C.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: A infecção do líquido ascítico(ILA) constitui um dos principais factores de morbi-mortalidade nos doentes com hepatopatia crónica(DHC).

Objetivos: Caracterizar uma população de doentes com DHC, internados por ILA; identificar factores preditivos de mau prognóstico no internamento.

Material e métodos: Estudo retrospectivo baseado na análise dos registos clínicos referentes a 85 internamentos consecutivos num período de 5 anos (2005-2009). Análise estatística univariada com SPSS 17.

Resultados: Incluídos 85 casos, relativos a 70 doentes (54 H; média etária-56,6+/-12,9 anos). Etiologia de DHC: álcool-82,4%; vírus-9,4%. Classes de Child-Pugh: C-63,5%; B-35,3%. Valor médio MELD-24 (10-48). Encefalopatia porto-sistémica (EPS) presente na admissão em 42,4%. Contagens celulares no LA (medianas): total- 3300 (100-207800); Neutrófilos - 2046 (7-189098). Cultura do LA realizada em 91,8% dos casos (positiva em 66,6%). Os microrganismos isolados foram: Escherichia coli-42,3%; Enterococcus faecalis-7,7%; Klebsiella pneumoniae-5,8%; Valores analíticos mais relevantes: Leucócitos-10930+/-6605G/L; INR-2,1+/-1; Bilirrubina Total-8,2+/-9,5mg/dl; Creatinina-1,8+/-1,2mg/dl; PCR- 7,1+/-5,3mg/dl. Em 21,2% dos casos registou-se a pre-

sença de Síndrome Hepatorrenal(SHR). A cefotaxima foi utilizada em todos os doentes. Diagnósticos finais: Peritonite Bacteriana Espon-tânea(PBE)-56,5%; Ascite neutrocítica com cultura negativa (ANCN)-28,2%; Ascite neutrocítica sem cultura-8,2%; Bacteriascite não neutrocítica(BNN)-3,5%; Peritonite secundária- 3,5%. Taxa de mortalidade global-35,3%. Assumiram correlação significativa ($p<0,05$) com a mortalidade, a presença de EPS e os valores de Creatinina (2 vs 1,7), INR (2,6 vs 1,9) e MELD (28 vs 22). Conclusões: As ILA são uma das principais complicações da DHC, associando-se a elevada mortalidade, não obstante o seu decréscimo nas últimas décadas. As BNN são raras mas a realização de cultura mostra-se imprescindível para uma correcta caracterização e orientação terapêutica. Na nossa série salienta-se o elevado número de culturas positivas, com predomínio de Gram-. Assumem relevância no prognóstico final a presença de EPS e os valores basais de creatinina, INR e MELD.

114**UMA PERITONITE DIFERENTE****Autores**

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

Instituição

Serviço Gastroenterologia Hospital de Braga

Resumo

Os A.A. apresentam o caso clínico de um doente de sexo masculino, 67 anos, com antecedentes de tuberculose, hepatite tóxica aos tubercu-lostáticos e cirrose hepática de etiologia alcoólica, com vários interna-mentos, o primeiro dos quais por oclusão intestinal e os restantes por peritonite septada.

No episódio actual recorre ao SU por dor abdominal no hipocôndrio direito e febre com 2 dias de evolução. Tinha ascite e dor à palpa-ção no hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal.

Analicamente: proteína C reactiva 102 mg/L e 9700 leucócitos / uL com 92% de neutrófilos; líquido ascítico com 4810 células / uL e 96% de PMN. Na ecografia abdominal: ascite de médio volume com septos e conteú-do heterogéneo.

O doente foi internado por peritonite septada e medicado com anti-biótico e albumina. Apresentou má resposta à antibioterapia ins-tituída e iniciou quadro suboclusivo ao 15º dia de internamento. Dada a suspeita de tuberculose peritoneal e a evolução da situação clí-nica foi solicitada a realização de peritoneoscopia exploradora, com biópsias peritoneais. A avaliação macroscópica intra-operatória e a histológica das biópsias peritoneais comprovou o diagnóstico de peritonite esclerosante.

A peritonite esclerosante é uma entidade rara que pode cursar com oclusão intestinal devido ao envolvimento do intestino delgado por uma membrana fibrótica densa. Pode ser dividida na variante idio-

pática (abdominal cocoon) e secundária (beta-boqueadores, diálise peritoneal). O seu diagnóstico é, quase sempre, intra-operatório.

115**INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO E ABCESSO HEPÁTICO-UMA ASSOCIAÇÃO RARA****Autores**

Cardoso C., Mangualde J., Freire R., Oliveira A.P.

Instituição

SERVIÇO GASTROENTEROLOGIA- CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL

Resumo

A penetração de corpos estranhos ingeridos, através da parede in-terstinal e a sua migração para o interior do fígado, com formação de abcesso hepático, é uma situação rara. Na maioria dos casos, o diagnóstico precoce é difícil dado o desconhecimento da inges-tão e a inespecificidade da apresentação clínica. Os autores apre-sentam o caso de um homem de 80 anos internado por febre, di-ficuldade respiratória, vômitos e diarreia com uma semana de evo-lução. Analiticamente detectou-se leucocitose com neutrofilia, PCR elevada, aumento ligeiro das transaminases e dos parâmetros de colestase. O diagnóstico inicial foi de pneumonia, tendo sido ins-tituída antibioterapia empírica. Por ausência de resposta efectuou ecografia abdominal, que revelou abcesso no lobo hepático esquerdo. A tomografia computadorizada confirmou o achado ecográfico, com visualização de dois corpos estranhos, um adjacente à lesão e ou-tro no cólon ascendente. Realizou colonoscopia com identificação e remoção de osso pontiagudo, com cerca de 7 cm, no cólon as-cendente. Foi medicado com antibioterapia de largo espectro du-rante 2 semanas com melhoria clínica, analítica e imagiológica, en-contrando-se actualmente assintomático, com redução das di-mensões do abcesso.

116**ULTRASSONOGRRAFIA ENDOSCÓPICA NO ESTUDO DE LESÃO PANCRÉÁTICA - UTILIDADE DA ELASTOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL****Autores**

Caldeira A., Iglesias García J., Lariño-Noia J., Sousa R., Banhudo A., Dominguez-Muñoz J.E.

Instituição

Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco Hospital Clínico Universitário de Santiago de Compostela

Resumo

Introdução: A ultrassonografia endoscópica (USE) apresenta elevada acuidade no diagnóstico de massas pancreáticas. Contudo tem limi-

tações na diferenciação entre lesões malignas e benignas, nomeadamente no contexto de adenocarcinoma, pancreatite crónica, pancreatite autoimune. A associação com a punção (PAAF) guiada por USE permitiu aumentar a rentabilidade diagnóstica; porém, a sua execução pode ser tecnicamente difícil exigindo múltiplas passagens na obtenção de material suficiente para o estudo citológico. Além de que está associada a uma reduzida mas não insignificante morbilidade. A elastografia é uma nova técnica que fornece informação diagnóstica através da medição da dureza/elasticidade dos tecidos com potenciais benefícios clínicos no diagnóstico precoce de certas patologias, na diferenciação de benignidade vs malignidade e na identificação de áreas tumorais específicas (permitindo biopsias mais dirigidas). A sua acuidade melhorou com o surgimento da elastografia de 2ª geração que permite uma avaliação quantitativa e objectiva da elasticidade dos tecidos, com determinação do coeficiente de elasticidade.

Caso Clínico: Mulher, 62 anos, com quadro de dor abdominal inespecífica, com 3 meses de evolução, náuseas e emagrecimento. Realizou USE que evidenciou a nível da cabeça do pâncreas, até à porção do istmo, uma lesão irregular, mal delimitada, infiltrativa, com 4cm, padrão elastográfico azul e strain ratio 30, sugestivo de malignidade. Estes achados foram confirmados pela histopatologia que revelou adenocarcinoma ductal. Observa-se, ainda, infiltração da veia mesentérica superior, com atingimento parcial da artéria mesentérica superior. Apresenta-se vídeo do estudo da lesão por USE, com imagens de elastografia (incluindo 2ª geração), estudo doppler, e PAAF.

Conclusão: Salienta-se a utilidade da USE no diagnóstico de massas pancreáticas e o papel da elastografia na diferenciação entre lesões malignas e benignas. A elastografia ecoendoscópica perspectiva-se como uma ferramenta eficaz no diagnóstico diferencial de lesões sólidas pancreáticas, podendo ser útil na obtenção de biopsias mais dirigidas e permitir, num futuro próximo, a realização de biopsia virtual.

117

PODERÁ A COLANGIO-RM ESTABELECE O DIAGNÓSTICO DE COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA EM DOENTES ASSINTOMÁTICOS E COM ANÁLISES NORMAIS?

Autores

Cardoso R.¹, Gomes D.¹, Duque G.¹, Romãozinho J.M.¹, Sofia C.¹

Instituição

Serviço de Gastroenterologia dos HUC¹

Resumo

A Colangite Esclerosante Primária (CEP) é uma doença rara das vias biliares de carácter inflamatório e esclerótico que leva progressivamente à obstrução dos ductos biliares intra e/ou extrahepáticos.

O diagnóstico assenta em dados clínicos, laboratoriais e histológicos, mas a identificação por Colangiografia das lesões típicas é fundamental para o diagnóstico. A CEP é sintomática em 56% dos casos, sendo a dor abdominal a queixa mais frequente, seguida pelos sintomas relacionados com a colestase. Em termos analíticos, a Fosfatase Alcalina encontra-se tipicamente elevada, sendo valores normais desta enzima encontrados em apenas 8,5% dos doentes com CEP. Esta patologia está geralmente associada a outras entidades nosológicas como a Doença Inflamatória Intestinal (71%), a patologia autoimune extraintestinal (20%) entre as quais se destaca a Pancreatite Autoimune e ainda as síndromes de fibro-esclerose multifocais.

Apresentamos uma série de quatro doentes com idades compreendidas entre os 27 e os 45 anos (três mulheres e um homem), completamente assintomáticos, com provas hepáticas normais, com estudo histológico, sem patologia associada à CEP e sem causas de colangite esclerosante secundária. Estes doentes foram por diversas razões submetidos a Colangio-RM, tendo sido identificadas em todos eles imagens compatíveis com CEP.

Tendo em conta o carácter progressivo da CEP e a elevada incidência de Colangiocarcinoma nesta patologia, discute-se a forma como deve ser abordada a vigilância desta sub-população pouco estudada e da qual os casos apresentados são representativos.

118

CARACTERIZAÇÃO ÓPTIMA DE ESTENOSES BILIOPANCREÁTICAS NECESSITA DE COMBINAÇÃO DE CITOLOGIA ESFOLIATIVA COM IMAGIOLOGIA E BIÓPSIA GUIADA POR ECOGRAFIA

Autores

Noronha Ferreira C., Rocha D., Marques A., Palma R., Maldonado R., Pinto Correia A., Serra D., Grima N., Velosa J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria. Centro Hospitalar Lisboa Norte

Resumo

Objectivo: Avaliar retrospectivamente o desempenho de citologia com escova para diagnóstico de lesões estenóticas biliopancreáticas na CPRE.

Métodos: Analisámos 74 amostras de citologia esfoliativa realizadas em 74 doentes durante CPRE. Realizou-se biópsia guiada por ecografia para caracterização histológica de estenoses em 17 doentes. Avaliamos o desempenho de citologia esfoliativa no diagnóstico de estenoses malignas da árvore biliopancreáticas.

Resultados: Realizou-se citologia esfoliativa nos seguintes locais: Via biliar proximal (VBP) poupando o hilo hepático-35%(26), porção distal da VBP-35%(26), confluência dos hepáticos-18%(13), Wir-

lung-7%(5) e vias biliares intra-hepáticas-5%(4). A avaliação imagiológica das estenoses biliopancreáticas foi sugestiva das seguintes etiologias: Neoplasia-82%(61), benigna-15%(11) e indeterminada-4%(2). O diagnóstico final das lesões estenóticas foi de neoplasia em 82% (61): Colangiocarcinoma-49, Neoplasia do pâncreas-8, compressão extrínseca das vias biliares por metastases-4; Compressão da VBP por lesões não neoplásicas 15%(11): Pancreatite crônica-9, estenose benigna da VBP-2; etiologia indeterminada-3%(2). O diagnóstico de neoplasia foi estabelecida por histologia/citologia em 34%(25) e pela combinação de imagiologia e desfecho clínico em 66%(49) doentes. A citologia esfoliativa estabeleceu o diagnóstico de neoplasia em 12 doentes, 92%(11) dos quais com colangiocarcinoma. Não se verificaram falsos positivos. O desempenho de citologia esfoliativa na caracterização de estenoses biliopancreáticas malignas foi a seguinte: Sensibilidade - 20%, especificidade - 100%, valor predictivo positivo - 100% e valor predictivo negativo - 18%.

Conclusão: Embora a citologia esfoliativa tenha ótima especificidade e valor positivo predictivo, a sensibilidade é baixa. A combinação de citologia esfoliativa com biópsia guiada por ecografia e imagiologia permite caracterizar melhor estenoses biliopancreáticas.

119

DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA COM BALÃO DA PÁPILA DE VATER PRECEDIDA DE ESFINCTEROTOMIA MÍNIMA DE ACESSO PARA REMOÇÃO DE CÁLCULOS DA VIA BILIAR PRINCIPAL

Autores

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

Instituição

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada

Resumo

Introdução: A associação de dilatação endoscópica com balão TTS da papila de Vater com esfínterectomia (ETE) mínima de acesso tem sido usada recentemente para remoção de cálculos da via biliar principal (VBP).

Objectivo: Apresentação dos casos em que se procedeu a ETE mínima de acesso seguida de dilatação com balão da papila de Vater para remoção de cálculos da VBP nos últimos 6 meses. Pretende-se avaliar a eficácia na remoção dos cálculos, a necessidade de litotricia mecânica e a ocorrência de complicações.

Métodos: Entre Outubro de 2009 e Março de 2010 foi realizada dilatação com balão da papila de Vater precedida de ETE mínima de acesso em 15 doentes. Os doentes seleccionados para o procedimento apresentavam no colangiograma por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) cálculos na VBP com dimensões superiores ou iguais a 10mm. Foram usados balões TTS-CRE dos 12-18mm.

Resultados: Dos 15 doentes, 7 (43%) eram do sexo feminino. A média de idades foi 73 anos. 2/3 dos doentes apresentava 2 ou mais cálculos. A média do tamanho dos cálculos foi 15mm. 3 dos doentes apresentavam litíase residual com ETE prévia. Em 100% dos casos foi conseguida remoção completa dos cálculos da VBP numa única sessão. Não houve necessidade de litotricia mecânica. Não se registaram complicações.

Conclusão: A associação dos dois métodos parece ser eficaz e segura na remoção de cálculos de grandes dimensões da VBP, permitindo maior abertura da papila. Nesta série conseguiu-se remoção completa dos cálculos em 100% dos casos, sem complicações e sem necessidade de recurso ao litotritador mecânico.

120

CORPO ESTRANHO E PANCREATITE AGUDA

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Amato Lusitano

Resumo

Nos países ocidentais a maioria dos casos de pancreatite aguda está associada à presença de litíase ou ao consumo de álcool. De entre as causas menos frequentes, os corpos estranhos surgem como uma das mais raras, estando referenciados apenas cerca de duas dezenas de casos na literatura médica.

Mulher de 76 anos, com antecedentes de HTA, hipotireoidismo, patologia osteoarticular e cirurgia a tumor cerebral benigno. Medicada com sertralina, lansoprazol, valsartan/hidroclorotiazida, alendronato/colecalciferol, glucosamina, nimesulide e levotiroxina. Sem hábitos etanólicos ou tabágicos.

Recorreu ao SU por quadro de epigastralgia intensa com irradiação para o dorso, acompanhada de vômitos. Analiticamente destacava-se leucocitose com neutrofilia, elevação da PCR, amilase 1193 U/L, lipase 16900 U/L. Realizou TC abdominal e ecografia à entrada que revelaram edema da cabeça do pâncreas e ausência de litíase. Internada com o diagnóstico de pancreatite aguda, assistindo-se a melhoria clínica e analítica rápidas sob tratamento médico. Foi feito um estudo etiológico exaustivo. Ecografia de controlo detectou corpo estranho hiperecogénico linear com 3 cm (espinha?), estendendo-se entre a parede posterior do antro gástrico, espessada, até área da cabeça do pâncreas heterogénea e edemaciada. Ecoendoscopia confirmou os aspectos descritos e excluiu com acuidade a presença de litíase ou lama biliar nas vias biliares. Realizada EDA que mostrou área edemaciada com irregularidade central no antro gástrico, provável porta de entrada do corpo estranho detectado.

Discutiu-se o caso com cirurgião e doente optando-se por vigilância. Repetiu ecografia decorridos 5 meses apresentando-se o corpo estranho contido na parede espessada do antro gástrico, sem contacto evidente com estruturas vizinhas, e o pâncreas normal. Mantém seguimento em consulta, sem recorrência de dor abdominal num período de follow-up de um ano.

Os autores apresentam este caso pela extrema raridade da etiologia da pancreatite aguda e riqueza da iconografia que o acompanha.

Resumos aceites para publicação no GE

Resumos aceites para publicação no GE - N^{os} 1 a 59

1

UM CASO DE TRICOBEOZOAR GÁSTRICO**Autores**

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

Instituição

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

Resumo

Introdução: Os bezoares gástricos são resultado da acumulação de material estranho ingerido, sob a forma de massas ou concreções. São raros, sendo encontrados em menos de 1% dos doentes submetidos a EDA, sendo classificados de acordo com a sua composição. Tricobezoares são compostos por cabelo, ocorrendo mais frequentemente em crianças e adolescentes com distúrbios psiquiátricos. Tricotilomania é o desejo irresistível de puxar e arrancar os cabelos, geralmente seguido por uma sensação de alívio, ao passo que tricofagia é o acto de mastigar e engolir os cabelos arrancados, com o intuito de escondê-los.

Caso clínico: Doente sexo feminino, 7 anos, com antecedentes irrelevantes, com desenvolvimento psicomotor e estatura-ponderal adequado para a idade (peso percentil 10-25; estatura percentil 5-10) referenciada por epigastralgia e vômitos alimentares pós-prandiais, com dois dias de evolução. Ao exame objectivo apresentava massa sólida no epigastro, volumosa, superficial, com cerca de 4-6 cm. Rx simples do abdómen mostrou na topografia da cavidade gástrica preenchimento por imagem de densidade mista, com áreas radiotransparentes sugerindo a presença de ar intraluminal. Efectuou eco abdominal que revelou imagem hiperecogénica sólida, com cerca de 7.4 cm de diâmetro, em localização intragástrica, com contornos regulares, revelando morfologia arredondada compatível com corpo estranho. Realizou EDA que fez o diagnóstico de volumoso tricobezoar, preenchendo toda a cavidade gástrica, com tentativa infrutífera de remoção endoscópica. O doente foi submetido a gastrotomia com remoção de tricobezoar com 12.5 x 6.0 cm no eixo longitudinal e transversal. Referenciou-se a consulta externa de Pedopsiquiatria. Apresenta-se iconografia imagiológica, endoscópica e de peça cirúrgica.

2

COLITE DE DERIVAÇÃO**Autores**

Lomba-Viana H., Correia A., Queirós H., Pires J., Mesquita T.*, Moura A.*, Aroso M.*, Cunha M.*

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e *Serviço de Cirurgia Hospital Militar D. Pedro V - Porto

Resumo

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 56 anos de idade, natural e residente no Porto, agente da PSP. Saudável até Julho de 2006, altura em que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal. Do estudo realizado foi-lhe diagnosticada diverticulite cólica aguda, tendo sido medicado para ambulatorio e resolvido o episódio. Teve três outros episódios de diverticulite aguda, um em Agosto de 2006 que resolveu em ambulatorio, outro em Setembro de 2006 que motivou internamento, tendo tido alta melhorado, e outro ainda em Novembro de 2006, que levou a outro internamento e a colectomia alargada do sigmoide, por perfuração espontânea. Em Maio de 2007 realizou colonoscopia de controle pós-operatório que mostrou "colon operado e diverticulose".

Manteve sempre vigilância na consulta externa de Cirurgia e foi-lhe pedida nova colonoscopia de controle em Abril de 2009. Nessa altura foi diagnosticada uma massa polipóide vegetante na zona da anastomose, irressecável endoscopicamente. A histologia revelou "lesão adenomatosa com displasia de baixo grau". Foi submetido a ressecção anterior do recto em Maio de 2009, com ileostomia de protecção.

Em Julho de 2009, realizou nova colonoscopia para avaliação da situação clínica, devido ao aparecimento de rectorragias. O aspecto endoscópico do cólon, desde o recto até ao cego foi de Doença Intestinal Inflamatória. Foram efectuadas biopsias endoscópicas que revelaram: "Doença de Crohn". Ficou internado e iniciou terapêutica com corticoides e 5-ASA. Efectuou estudo do delgado que não mostrou alterações. Desde essa data até Fevereiro de 2010 manteve sempre corticoides e 5-ASA, sem ter resposta terapêutica eficaz, e os controlos endoscópicos efectuados mostraram sempre exuberância da doença. Face à evolução clínica optou-se por reconstruir o trânsito intestinal, atendendo a que a sintomatologia apresentada podia estar relacionada com a derivação cólica prévia.

3

UM CASO DE ISQUÉMIA GÁSTRICA EXUBERANTE**Autores**

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

Instituição

H. S. Teotónio - Viseu

Resumo

Os autores relatam o caso de doente de 86 anos, sexo masculino, que recorreu à urgência por quadro de dor abdominal nos quadrantes superiores, vômitos de coloração escura e dejeções sanguinolentas, com 3 dias de evolução. Antecedentes de osteoporose, valvulopatia aórtica, HBP, IRC e colite isquémica. Objectivamente com palidez cutâneo-mucosa e sinais de choque hemodinâmico. SNG com conteúdo de estase.

Analicamente com elevação de LDH e D-dímeros. Sem leucocitose ou anemia significativa. Avaliado por cirurgia geral, com suspeita inicial de abdómen agudo por isquémia da artéria mesentérica. Proposto para cirurgia urgente. Intra-operatoriamente foi constatada isquémia da 3ª porção duodenal, jejuno e íleon proximal. Efectuada enterectomia segmentar. Durante o procedimento constatou-se hipotensão severa, com drenagem hemática abundante na SNG. Pedida EDA, que revelou eritema da mucosa e áreas de coloração nacarada, de aspecto necrótico no estômago e duodeno. Optou-se por encerramento da cavidade e "second look" após 48h. Internado na UCIP para estabilização e vigilância. Ao 2º dia de permanência nos cuidados intensivos, foi pedida reavaliação endoscópica, que identificou agravamento de isquémia, nesta altura exuberante, com áreas polipóides necróticas. O doente faleceu ao 5º dia de internamento. Suspeita de oclusão do tronco celíaco. Apresenta-se este caso pela gravidade e exuberância da iconografia recolhida.

4

EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA E ÚLCERA GÁSTRICA

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Amato Lusitano

Resumo

A eventração diafragmática é uma condição rara em que o músculo é substituído por tecido fibroelástico, encontrando-se permanentemente elevado mas mantendo a sua continuidade e ligações às margens costais. A maioria dos casos é diagnosticada em idade pediátrica. No adulto é geralmente assintomática e detectada em radiografias obtidas por outros motivos. Apesar dos sintomas respiratórios serem os mais comuns alguns doentes desenvolvem queixas gastrointestinais e, muito raramente, complicações como úlcera gástrica.

Homem, 49 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, à excepção de episódios esporádicos de tosse irritativa nos últimos 15 anos. Sem medicação crónica. Recorreu ao SU por quadro de tosse seca e astenia com uma semana de evolução. Fez radiografia do tórax que revelou elevação acentuada da hemicúpula diafragmática esquerda. Pedida TC tóraco-abdominal que mostrou aspectos compatíveis com eventração diafragmática esquerda, visualizando-se parte do estômago, ângulo esplénico do cólon e baço ao nível da 5ª e 6ª costelas. Foi orientado para consulta de Cirurgia

Decorridos 5 dias voltou ao SU por agravamento da astenia, tonturas e melenas na véspera. Analiticamente constatou-se anemia grave (3.9 g/dL) normocítica e normocrómica, e elevação discreta da ureia. Realizada endoscopia alta que revelou acentuada deformação gástrica, ob-

servando-se proclividade da parede na transição fundo-corpo com ulceração central com fundo nacarado e ponto negro que poderia corresponder a pequeno vaso aplanado. Sem vestígios hemáticos no lúmen. Internamento sem aparente recidiva hemorrágica, tendo feito fluidoterapia, IBP e transfusão com 7 UCE. Colonoscopia total sem alterações e EDA de controlo sem evidência da úlcera. Teve alta orientado para consulta de Cirurgia Cardio-torácica planeando-se eventual correcção do defeito diafragmático.

Os autores apresentam este caso pela raridade desta complicação gastrointestinal associada a eventração diafragmática. Admite-se que factores mecânicos estejam envolvidos na fisiopatologia da ulceração gástrica.

5

DOENÇA CELÍACA NO ADULTO: CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, * Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. - HG

Resumo

A Doença Celíaca (DC) é uma enteropatia autoimune, precipitada pela ingestão de glúten em indivíduos geneticamente predispostos. Nos últimos anos o contexto epidemiológico expandiu-se, sendo considerada actualmente a intolerância alimentar mais comum.

Objectivos: Analisar os doentes com DC seguidos em consulta nos últimos 5 anos.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes seguidos em consulta de Gastroenterologia, durante o período de 01/01/2005 a 01/01/2010, com o diagnóstico de DC. Foram analisados os seguintes parâmetros: sexo, idade ao diagnóstico, manifestações clínicas, laboratoriais, endoscópicas e histológicas, associação a outras patologias, adesão à dieta e evolução.

Resultados: Estudados 14 doentes, 12 sexo feminino e 2 sexo masculino. Idade média do diagnóstico: 37 anos (16-59). Sintomatologia mais frequente: diarreia (7), dor abdominal (7), emagrecimento (7), meteorismo e distensão abdominal (6), vómitos (3). 5 Doentes estiveram internados para diagnóstico e terapêutica sintomática. Todos apresentaram anticorpos da DC positivos. As alterações hematológicas foram os segundos achados laboratoriais mais frequentes, nomeadamente anemia (7), seguindo-se a hipoalbuminémia (5) e trombocitose (3). A EDA com biopsias de D2 foi realizada em 13, dos quais 10 apresentaram alterações histológicas compatíveis com DC. Foram constatadas associações a outras doenças: DM tipo 1 (1), hipotireoidismo (1), porfiria cutânea (1), urticária (1), colite microscópica (1), asma (1) e depressão (3). Dos 4 doentes que realizaram DMO, constatou-se osteoporose em 2.

A maioria (12) referiu aderir totalmente à dieta sem glúten, 1 aderiu parcialmente e 1 não aderiu. Dos que aderiram totalmente observou-se melhoria clínica em 9 doentes. Não se registaram complicações malignas nesta série.

Conclusão: Os autores chamam a atenção para a ampla variedade de manifestações clínicas da DC, e para a alta sensibilidade e especificidade dos marcadores serológicos actualmente disponíveis. A aderência à dieta sem glúten é fundamental e conduz na maioria dos casos à remissão clínica, laboratorial e histológica.

6 IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE SÍNDROMAS POLIPÓIDES INTESTINAIS (SPI): A EXPERIÊNCIA DE UM ANO

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.-HG

Resumo

Os adenomas colo-rectais estão associados a risco aumentado de Cancro Colo-Rectal (CCR). A Consulta SPI foi desenvolvida com o intuito de estratificação do risco, vigilância e tratamento.

Objectivos: Descrever a experiência dos autores durante um ano de Consulta de SPI.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes referenciados à consulta de Janeiro a Dezembro de 2009. Analisados dados epidemiológicos e clínicos: idade, sexo, co-morbilidades, motivo da consulta, história familiar, tipo e número de pólipos, local anatómico, histologia e orientação.

Resultados: Observados 134 doentes, 81(60,4%) sexo masculino e 53(39,6%) sexo feminino. Idade média 58 anos (22-85). Comorbilidades: HTA (29,8%), Dislipidémia (16,4%). História familiar de CCR>50 anos: 62(46,3%), CCR<50 anos: 16(11,9%), pólipos: 21(21,6%). A maioria referenciada pelo Médico de Família (74,6%) e os motivos da consulta foram: pólipos (66,5%), história familiar de CCR (27,5%) e CCR (6%). Os motivos para realização de colonoscopia foram: rectorragias (28,3%), dor abdominal (15,7%) e alterações do trânsito intestinal (14,2%). Em 21,6%(29) dos doentes não se encontraram lesões, 27,6%(37) apresentaram 1 pólipo, 39,5%(53) entre 2-9 pólipos e 11,2%(15) \rhd 10 pólipos. Localizações mais frequentes: cólon esquerdo: 59,3%(86), recto: 18,6%(27), cólon direito: 17,3%(25). 65 apresentaram pólipos sesséis (53,3%) e 57 pediculados (46,7%). Em 73,8% os pólipos mediam <1cm e 26,2% >1cm. Histologia: adenoma:78, hiperplásico:40, inflamatório:5, adenocarcinoma:2, misto:1 e juvenil: 1. Dos adenomas, tubular:58, tubuloviloso:20, serreado:5 e viloso:0. Destes apresentaram displasia de baixo grau:60, alto grau:12, baixo grau com foco de displasia

de alto grau: 9 e alto grau com Carcinoma intraepitelial: 1. Diagnósticos efectuados: pólipos esporádicos: 92, adenomas múltiplos do cólon: 7, suspeita de Polipose hiperplásica: 3, Suspeita de PAF atenuada:2, CCR esporádico: 4 e Lynch (critérios de Amesterdão):6. Orientação: vigilância endoscópica: 121, Cirurgia: 7, teste genético: 4, alta da consulta: 6.

Conclusões: Esta consulta identificou doentes e familiares com risco aumentado de CCR, proporcionando-lhes uma vigilância mais adequada e deste modo uma redução da mortalidade.

7

ADENOCARCINOMA DO JEJUNO EM DOENTE COM DOENÇA CELÍACA DE LONGA EVOLUÇÃO

Autores

Cardoso C., Mangualde J., Freire R., Oliveira A.P.

Instituição

Serviço Gastroenterologia - Centro Hospitalar de Setúbal

Resumo

A incidência aumentada de linfoma do intestino delgado em doentes com doença celíaca de longa evolução encontra-se bem documentada na literatura. Menos comum é a sua associação com o adenocarcinoma. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 84 anos com doença celíaca com 14 anos de evolução, submetida a cirurgia curativa de adenocarcinoma do ileon em 2003. Desde então, por doença refractária, estava medicada com corticóides, com boa resposta. Foi admitida no serviço de urgência, em Janeiro de 2010, por vómitos, dor e distensão abdominais com uma semana de evolução. Na endoscopia digestiva alta visualizou-se zona de ulceração circular, a nível do jejuno proximal, sugestiva de neoplasia. O exame histológico revelou adenocarcinoma mucinoso com participação de células em anel de sinete. Foi submetida a ressecção segmentar do jejuno e de nódulo do mesentério (pT4pN2pM1). A doente teve alta ao 15º dia, com reinternamento passada uma semana por peritonite secundária a deiscência da anastomose, na sequência da qual veio a falecer.

8

FACTORES COM IMPACTO NA SOBREVIDA NUM GRUPO DE DOENTES COM CANCRO COLO-RECTAL (CCR)

Autores

Carvalho J., Torres J., Ferreira R., Pereira M.J., Fernandes A., Ferreira M., Mendes S., Agostinho C., Mesquita R., Romão Z., Panão E., Neto M.J., Campos M.J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Resumo

Objectivo: Relacionar a sobrevida (Sv) de um grupo de doentes com diagnóstico de CCR com alguns factores de prognóstico.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de CCR em 2003. Follow-up de 86 meses. Análise da sobrevida pelos métodos de Kaplan Meier e Cox Regression.

Resultados: 63 doentes, 61,9% do sexo masculino. Média de idades: 71,1 + 10 anos. Co-morbilidades em 77%, sendo as mais prevalentes a patologia cardiovascular (63,5%) e a diabetes mellitus (25,4%). Sintomas mais frequentes: rectorragias/hematoquézias (38,1%) e alterações do trânsito intestinal (28,6%). Tratamento: cirurgia electiva (88,9%) e de urgência (7,9%), quimioterapia (54,0%) e radioterapia (10,3% dos tumores do recto). Taxa de mortalidade: 63,5%. Sv média: 48,2 meses (IC 39,7-56,7). Análise da Sv:

	n	Média Sv (Meses)	p
Sexo	F: 24; M 39	57,7/42,3	0,037
Estadio	I: 3; II: 22; III 25; IV: 13	68,7/64,1/51,4/8,4	<0,001
Histologia	b: 28; m: 26; i: 7; mu: 2	61,9/38,0/29,7/42,0	0,04
Faixa etária	<65: 14; 65-76:26; >75:23	63,9/48,1/38,2	NS
Local tumor	r: 29; e: 23; d: 11	39,3/55,3/54,2	NS
Hemoglobina	<10: 9; >10: 50	44,8/51,7	NS

O factor com maior impacto na sobrevida foi o estágio TNM (p<0,001).

Conclusão: Neste grupo de doentes relacionaram-se com menor tempo de sobrevida o sexo masculino, a histologia indiferenciada e o estágio mais avançado da lesão (IV). Este último foi o factor com maior impacto na sobrevida.

9**UM CASO DE ESOFAGITE EOSINOFÍLICA****Autores**

Quintela C., Bettencourt M.J.

Instituição

CHLC-HSAC

Resumo

Trata-se de uma doente de 35 anos, sexo feminino, admitida por disfagia. Recorre múltiplas vezes a urgência por disfagia do terço médio do esófago para líquidos e sólidos intermitente. Fez Endoscopia Digestiva Alta (EDA) de urgência tendo-se constatado impacto alimentar.

Nega patologia alérgica, AINES.

Fez radiografia baritado esofágica sem evidencia de acalásia.

Repete EDA sob omeprazol 40 mg de 12-12h com estrias de eritema. Biopsou-se tendo-se verificado no exame histológico > 15 eosinófilos/HPF compatível com esofagite eosinofílica.

Fez fluticasona 220 mcg inalado 2x/dia com melhoria. A esofagite eosinofílica tem uma prevalência estimada de 2/100000 casos e apresenta-

se com disfagia; impacto alimentar; pirose, regurgitação a EDA pode mostrar erosões, ulcerações, estenoses ou até felinização do esófago. Pode também apresentar-se com aspecto endoscópico normal. Dada a raridade decidimos apresentar este caso.

10**BALÃO INTRA-GÁSTRICO COMPLICADO****Autores**

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

Instituição

Serviço Gastroenterologia Hospital Braga

Resumo

Os A.A. apresentam o caso clínico de doente do sexo feminino, com 33 anos de idade, obesa, que recorreu ao S.U. por dor no epigastro e hipocôndrio esquerdo com 3 dias de evolução desencadeada após excesso alimentar. Referia vómitos alimentares e negava febre ou diarreia. Negava qualquer procedimento médico/cirúrgico prévio. Objectivamente notava-se temperatura axilar 38°C, estabilidade hemodinâmica e dor à palpação no epigastro e hipocôndrio esquerdo. Antecedentes de obesidade e sem medicação habitual,

Analicamente: bilirrubina total 3,25 mg/dl e conjugada 0,61 mg/dl, amilase 146 U/L, lipase 211 U/L e PCR 78,10 mg/L; hemograma normal. A radiografia torácica mostrava ligeiro derrame pleural à esquerda.

Na radiografia abdominal observa-se marcada distensão gástrica com nível hidroaéreo (balão intra-gástrico). Foram efectuadas ecografia e TC abdomino-pélvico que demonstraram cálculo de 13 mm na vesícula biliar, vias biliares de calibre normal, dilatação pielo-calicial esquerda e dos vasos do hilo esplénico. Observa-se marcada distensão gástrica condicionada por balão intra-gástrico com compressão acentuada dos órgãos vizinhos e líquido intra-abdominal (peri-esplénico e fundo de saco de Douglas). Pâncreas e baço normais.

Foi efectuada E.D.A. observando-se balão intragástrico degradado no corpo gástrico com mucosa adjacente congestionada e erosionada. Após insistência a doente admitiu colocação do balão intra-gástrico 2 anos antes, sem conhecimento dos familiares, não prossequindo seguimento na instituição onde foi colocado. Teve uma gravidez sem complicações durante este período.

Procedeu-se a esvaziamento e extracção do balão. Observou-se congestão da mucosa adjacente ao balão e úlcera de 12 mm no corpo gástrico. Procedeu-se a internamento para terapêutica e estabilização do quadro. Após subida inicial dos parâmetros de inflamação (objectivando-se bacteriemia por S. capitis e re-activação de herpes genital) ocorreu normalização analítica com regressão do derrame pleural e diminuição do volume de líquido intra-abdominal. A doente teve alta sendo programada re-avaliação endoscópica e imagiológica.

11

PÓLIPOS GÁSTRICOS: CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS, HISTO-PATOLÓGICAS E DEMOGRÁFICAS**Autores**

Ferreira A., Caetano A.C., Soares J., Machado A., Peixoto P., Rolanda C., Gonçalves R.

Instituição

Serviço Gastroenterologia Hospital Braga

Resumo

Introdução: 1-4% dos pacientes submetidos a esofagogastroduodenoscopia têm pólipos gástricos. Estas lesões podem ser verdadeiros pólipos epiteliais, heterotopias, tecido linfóide, ou lesões estromais. 1 Os pólipos hiperplásicos são os mais frequentemente encontrados e ocorrem em pacientes de ambos os sexos, sendo mais comuns na sétima década de vida.

Objectivo: Descrever características endoscópicas e histopatológicas dos pólipos gástricos e estabelecer relações com aspectos demográficos da nossa população.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de um total de 106 pólipos retirados por polipectomia com ansa diatérmica nos anos 2008 e 2009, a partir dos dados da endoscopia e processamento histopatológico das peças. Levantamento dos dados epidemiológicos dos respectivos doentes a partir do processo clínico. Dados tratados em Excel 2007® e SPSS (v16.0)®

Resultados: 80,2% pólipos hiperplásicos, 9,4% adenomatosos, 5,7% de glândulas fúndicas e 4,7% outros. Nos pólipos hiperplásicos o tamanho médio foi de 11,5 mm e localizavam-se preferencialmente no antro (52,9%). Nos pólipos adenomatosos 80% eram sésseis e localizaram-se preferencialmente no corpo (50%), com tamanho médio 8,9 mm, 60% mostraram displasia de alto grau. Apresentam-se resultados da análise uni e multivariada das associações epidemiológicas.

Conclusão: A maioria dos pólipos foi do tipo hiperplásico, corroborando a associação desta histologia a áreas de alta prevalência de infecção por H.P. e contrariando outras realidades com maior prevalência de pólipos das glândulas fúndicas. 2 O número reduzido de pólipos adenomatosos limita as conclusões estatísticas, nota-se no entanto uma grande porção com displasia de alto grau que se relacionará com outros aspectos epidemiológicos da população.

1) Carmack SW, Genta RM, Graham DY, Lauwers GY. Management of gastric polyps: a pathology-based guide for gastroenterologists. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2009; 6:331-341.

2) Carmack SW, Genta RM, Schuler CM, Saborian MH. The current spectrum of gastric polyps: a 1-year national study of over 120,000 patients. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:1524-1532.

12

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DE INÍCIO TARDIO - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RESPOSTA À TERAPÊUTICA**Autores**

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

Instituição

Hospital do Espírito Santo de Évora EPE - Serviço Gastroenterologia

Resumo

Introdução: A história natural e o prognóstico da doença inflamatória de início tardio têm suscitado alguma controvérsia nas últimas décadas. Apesar de ser considerada classicamente uma doença que afecta sobretudo indivíduos jovens, a proporção de novos casos em idades mais avançadas varia entre os 12% e os 26%. Contudo, muitas das suas características permanecem ainda por revelar.

Objectivos: Averiguar se existem diferenças nas características clínicas, na abordagem e na resposta à terapêutica entre dois grupos de doentes estratificados de acordo com a idade na altura do diagnóstico.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo, baseado na consulta dos processos clínicos dos doentes com doença inflamatória intestinal diagnosticada na nossa instituição entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2009. Retirou-se informação relativa ao diagnóstico, localização da doença, manifestações extra-intestinais, gravidade dos episódios, cirurgia e terapêutica médica. Considerando estas características, compararam-se dois grupos de doentes, de acordo com a idade na altura do diagnóstico: um grupo com diagnóstico depois dos 65 anos de idade e outro, de controlo, com diagnóstico efectuado antes dos 65 anos.

Resultados: Dezoito doentes, dos 81 casos diagnosticados no período de tempo considerado, tinham mais de 65 anos (22,2%). Destes doentes, 13 sofriam de colite ulcerosa e 5 de doença de Crohn. Não se encontraram diferenças com significado estatístico entre os dois grupos relativamente ao tipo de doença, à distribuição de acordo com o sexo, à localização da doença, ao número médio de pulsos de corticoterapia, à utilização de imunossupressão, às manifestações extra-intestinais e ao número de cirurgias.

Conclusão: Os dados apurados neste estudo sugerem que a doença inflamatória intestinal tem uma apresentação e abordagem terapêutica semelhante, quer o diagnóstico seja efectuado em idades mais jovens ou mais tardias.

13

CONSULTA DE DECISÃO TERAPÊUTICA DE TUMORES DIGESTIVOS NUM HOSPITAL DISTRITAL: CANCRO COLO-RECTAL**Autores**

Eliseu L., Sousa H.T., Contente L., Sampaio M., Deus I., Muriel C., Americano M., Bahia C., Condon O.

Instituição

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Resumo

A Consulta de Decisão Terapêutica (CDT) constitui uma mais-valia na orientação do doente oncológico.

Objectivos: Avaliação da orientação dos doentes com cancro colo-rectal (CCR) admitidos numa CDT de Tumores Digestivos (CDT-TD) no decurso de um ano.

Material e Métodos: Consideraram-se 102 doentes com diagnóstico inicial de CCR admitidos à CDT-TD em 2009. Excluíram-se 7 doentes orientados em centro terciário, 1 por recusa de tratamento e 9 por insuficiência de dados.

Resultados: Seleccionaram-se 85 doentes [idade média 69,7(43-91) anos, 58(68,2%) homens], portadores de 86 neoplasias (2 síncronos). Localização: cólon direito - 20(21,0%); cólon esquerdo - 30(31,6%); recto alto - 17(19,8%); recto médio - 13(15,1%) e recto baixo - 10(11,6%); estágio: I - 11(13,1%); II - 26(31,0%); III - 34(40,5%); IV - 13(15,5%). Na admissão à CDT-TD, 24(28,2%) doentes haviam já sido submetidos a intervenção (cirurgia ou polipectomia), tendo sido orientados: 10 para terapêutica adjuvante (TA), 5 para terapêutica paliativa (TP), 8 para vigilância clínica (VC). Em 61(71,8%) doentes, a primeira atitude terapêutica foi estabelecida na CDT-TD: terapêutica cirúrgica (TC) em 46 casos e outra modalidade terapêutica em 15 [QT/RT (quimio/radioterapia) neoadjuvante em 12 e QT paliativa em 3]. O tempo decorrido do diagnóstico à TC ou início de QT foi de 4,8 (1-15) e 7,5 (4-10) semanas, respectivamente. A decisão terapêutica assumida na CDT-TD inicial cumpriu-se em 83(97,6%) casos. Mantém follow-up 66 doentes, tendo ocorrido 13(15,3%) óbitos. Perderam-se para seguimento clínico 6 doentes (1 referenciado para Cuidados Continuados e 5 por abandono do seguimento).

Conclusões: A CDT-TD permitiu a orientação terapêutica de 92,2% dos doentes com CCR, que se localizava no recto em 46,5% dos casos e se encontrava em estádios III-IV em 56%. A decisão terapêutica assumida na CDT-TD foi aplicável na maioria dos casos. Cerca de 7% dos doentes perdeu seguimento clínico, facto a merecer atenção futura.

14**RELEVÂNCIA DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA NA ANEMIA FERROPÉNICA****Autores**

Eliseu L., Louro R., Ferreira A., Estevão J., Sousa H.T., Faria D., Sampaio M., Arez L., Contente L.

Instituição

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Resumo

Introdução: A anemia ferropénica (AF) constitui um problema comum.

A hemorragia digestiva oculta é uma causa relevante, estando recomendadas endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia total (CT) na investigação inicial.

Objectivos: Estudar o papel da EDA e CT no estudo da AF e a prevalência e tipo de lesões identificadas, em doentes sem sintomatologia digestiva.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de uma série consecutiva de doentes submetidos a EDA e/ou CT por AF, na ausência de sintomatologia digestiva, num período de 2 anos. Definiram-se como lesões significativas (LS) altas - esofagite péptica, lesões de Cameron, gastropatia/duodenite erosiva, úlcera péptica, ectasia vascular antral, angiodisplasias, neoplasias e pólipos >1cm erodionados; como LS baixas - angiodisplasias, neoplasias, ulcerações, pólipos >1cm erodionados e doença inflamatória intestinal. Comparação de grupos pelo teste exacto de Fisher.

Resultados: Estudaram-se 140 doentes [idade média 69 (27,94) anos, 63,6% mulheres] com hemoglobina e ferritina médias 8,4g/dl e 17,9ng/ml, respectivamente. Realizaram-se 179 exames endoscópicos (119 EDA e 60 CT), 39(27,8%) doentes efectuaram ambos. Identificaram-se LS em 47(39,5%) das EDA [sendo mais comuns a úlcera péptica (38,3%), a gastropatia erosiva (31,9%) e a esofagite (27,7%)] e em 16(26,7%) das CT [adenocarcinoma (62,5%) e angiodisplasias (37,5%)]. Dos doentes com LS, 98% tinham idade >50 anos (p=0,006). Quinze (10,7%) doentes apresentavam neoplasia, sendo a CT o exame com maior rendimento para esta situação (16,7% vs 4%; p=0,008). Foram identificadas LS em 48,7% dos doentes que fizeram ambos os exames e em 39,6% daqueles que fizeram apenas um (p=ns).

Conclusão: A endoscopia digestiva identificou uma potencial causa da AF em 42% dos doentes, a qual era neoplasia maligna em 25% destes. A investigação gastrointestinal teve maior rendimento nos indivíduos >50 anos. Na nossa amostra, a realização de ambos os exames não se traduziu numa maior capacidade diagnóstica da causa da AF.

15**LINFOMA GÁSTRICO MALT, A PROPÓSITO DE UM CASO****Autores**

Lopes F., Pêrez Mênendes R., Morais A.

Instituição

Clínica Girassol, Luanda, Angola

Resumo

Homem, negro de 35 anos admitido na urgência em Março de 2009 por melenas com 3 semanas de evolução. Antecedentes de úlcera gástrica. Negava ingestão de antiinflamatórios não esteróides e doença hepática crónica. Referia dor epigástrica uma semana antes do internamento e tosse com expectoração mucosa.

Análises revelaram 7,9 g/dl de hemoglobina; VGM-56fl; MCH-16pg/cel;

MCHC-28,5g/dl; leucócitos normais, sem neutrofilia; ureia, creatinina, AST, ALT, LDH, Bilirrubina total e directa, ionograma, proteínas totais e albumina, normais. O raio x do tórax revelou infiltrado para hilar bilateral. Considerada infecção respiratória da comunidade fez ceftriaxone com melhoria do quadro. Fez omeprazol 40 mg 2 vezes por dia endovenoso. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou lesões pseudopolipóides na grande curvatura, violáceas algumas com erosão central, tendo-se admitido a hipótese diagnóstica de linfoma. As biopsias não estavam disponíveis na alta (ao 4º dia do internamento). Foi referenciado a consulta de gastroenterologia. Ausente da consulta durante um ano. Foi contactado logo após recepção do resultado das biopsias que foram compatíveis com linfoma gástrico do tipo Malt, de baixa malignidade, com pesquisa de *Helicobacter pylori*. (H. p.) positiva. Apenas recorreu ao médico assistente em 01 de Março de 2010 por asma marcada, cansaço fácil e episódios de dispneia de esforço. Análises mostraram hemoglobina de 6,7g/dl; siderémia 8mg/dl (normal 40-150), hipoalbuminemia e hipoproteíнемia. Foi internado para estadiamento e terapêutica. Repetiu EDA que mostrou extensão das lesões ao fundo e restante corpo, ficando antro poupado. As biopsias foram sobreponíveis. A colonoscopia total com ileoscopias não revelou extensão das lesões. A biopsia osteomedular e mielograma não mostraram envolvimento pelo tumor. Cumpriu esquema triplo para erradicação do H.p. Actualmente assintomático.

16

BEZOAR GÁSTRICO VOLUMOSO COM RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA-CASO CLÍNICO

Autores

Azevedo S.¹, Lopes J.², Marques A.², Mourato P.¹, Loreto H.¹, Lopes A.I.¹

Instituição

¹Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Departamento da Criança e da Família, ²Serviço de Gastroenterologia Hospital de Santa Maria, CHLN

Resumo

Introdução: Os bezoares (material exógeno no tracto gastrointestinal) classificam-se de acordo em tricobezoares, fitobezoares, lactobezoares e bezoares medicamentosos. Em idade pediátrica desconhecida, mais frequentes no sexo feminino e em crianças com patologia neurológica ou psiquiátrica. As manifestações clínicas são variadas. Resolução com recurso a técnicas endoscópicas ou dissolução. Cirurgia necessária na falência de medidas conservadoras e nos bezoares de grandes dimensões e/ou intestinais. Apresenta-se um caso clínico de fitobezoar gástrico volumoso, removido com sucesso por endoscopia.

Caso clínico: Criança, sexo masculino, 8 anos. Com história de ingestão elevada de fruta. Queixas de epigastralgias, saciedade precoce e vômitos esporádicos com 2 anos de evolução. Por vômitos incoercíveis, recorreu à urgência pediátrica de área de residência.

EO na admissão: sinais de desidratação, palpação epigástrica dolorosa. Exames complementares sem alterações. Internado para terapêutica e esclarecimento etiológico. Persistência do quadro em D6, com transferência para Hospital Central. Submetido a EDA que revelou bezoar gástrico pétreo de grandes dimensões (8-9 cm). Primeira tentativa de resolução EDA sem sucesso. Pedida colaboração de gastroenterologia de adultos, que recorrendo a fulguração com árgon plasma procedeu a fragmentação, permitindo sua remoção.

Discussão: O presente caso documenta um tipo de bezoar raramente descrito em pediatria. Ilustra a possibilidade de resolução endoscópica de bezoares de grandes dimensões, bem como, a necessidade de envolvimento de gastroenterologistas de adultos. Comentam-se principais opções terapêuticas preconizadas neste contexto.

17

METASTIZAÇÃO DE MELANOMA MALIGNO: DIFERENTES APRESENTAÇÕES NO TUBO DIGESTIVO

Autores

Herculano R., Bispo M., Barreiro P., Bana T., Martins F., Santos S., Couto G., Seves I., Chagas C., Peixe P., Matos L.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz

Resumo

Introdução: O melanoma maligno é dos tumores que mais frequentemente metastiza para o aparelho gastrointestinal (2,3%). Contudo, o envolvimento esofágico e gástrico está descrito em apenas 4% e 20% dos casos, respectivamente. Os autores apresentam 2 casos clínicos de melanoma maligno com metastização do tubo digestivo, confirmados por iconografia e exame histológico.

Caso clínico: O 1º caso é o de um doente de 70 anos, com diagnóstico prévio de melanoma maligno com metastização cerebral. Na investigação de queixas dispépticas foram identificadas múltiplas lesões pigmentadas no esófago, no intestino delgado e cólon. O 2º caso é o de um doente de 66 anos, que foi internado no Serviço de Pneumologia por suspeita de processo neofornativo pulmonar. No decurso da investigação iniciou um quadro de hemorragia digestiva alta. A Endoscopia digestiva alta revelou lesões vegetantes gástricas e duodenais, ulceradas. O exame histológico demonstrou, em ambos os casos, tratar-se de metástases de melanoma maligno.

Conclusão: Estamos perante 2 casos de melanoma maligno com metastização do tubo digestivo, com apresentações e progressões díspares, salientando-se o envolvimento esófago-gástrico e os diferentes achados iconográficos.

18

PARTICIPAÇÃO DE ENFERMAGEM NO DESPISTE DE ESTENOSE DO INTESTINO DELGADO**Autores**

Nogueira P., Matos M., Simas L., Vaz M., Carvalho C.

Instituição

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Hospital de Santo António dos Capuchos. Bloco de Exames de Gastroenterologia

Resumo

Objectivo: Descrever a experiência e a pertinência da participação do enfermeiro de Gastroenterologia na exclusão de lesões estenosantes do intestino delgado, utilizando a Cápsula de Patência (CP).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo efectuado entre Novembro de 2009 e Março de 2010, em doentes com indicação para CP prévia à enteroscopia por vídeo-cápsula (CE). A CP é administrada no dia 0 e a sua eliminação ou retenção no trato gastrointestinal avaliada no dia 2 após a sua ingestão, por scanner ou radiografia observada por médico.

Em todos os exames, o enfermeiro participa no esclarecimento, verificação do cumprimento dos requisitos, administração da cápsula e ensino relativa à identificação e actuação na eventualidade de complicações.

Resultados: Foram efectuados 17 exames por CP em 17 doentes (♀=11; ♂=6) com idade média de 40,17 anos. Em 16 doentes verificou-se saída assintomática da CP, tendo sido submetidos a exame por CE sem complicações. Uma doente com doença de Crohn conhecida apresentou dor abdominal transitória seguida de eliminação da CP, pelo que não foi realizada CE. Nesta doente, a ressonância abdominal revelou estenoses do intestino delgado.

Conclusão: O estudo com CP foi um método seguro e eficaz para exclusão de estenose intestinal, contra-indicação para a utilização de CE. A intervenção do Enfermeiro contribuiu para uma maior segurança e agilidade na realização da CE: no único doente com estenose intestinal, houve o seu reconhecimento atempado e uma actuação adequada; nos restantes a CE foi efectuada sem qualquer evento adverso.

19

CANCRO GÁSTRICO: REVISÃO DE CINCO ANOS**Autores**

Veloza M., Jardim I., Ladeira N., Silva R., Andrade C., Teixeira R.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospital Central do Funchal

Resumo

Introdução: O Cancro Gástrico (CG) representa 9.9% dos novos casos de cancro anualmente e a segunda causa de morte por cancro no mundo.

A sua incidência tem distribuição geográfica, étnica e sócio-económica. Nos países desenvolvidos verificou-se um decréscimo consequente do reconhecimento e controlo de factores de risco, principalmente do *Helicobacter pylori*. Estão descritos outros factores de risco, quer ambientais (dieta, exposição hormonal, tabaco), quer relacionados com o hospedeiro (cirurgia gástrica, úlcera, pólipos gástricos, predisposição familiar ou genética, anemia perniciosa). Se diagnosticado na fase sintomática, o CHC tem um prognóstico reservado, com uma sobrevivência média inferior a um mês, se não for efectuado tratamento.

Objectivo: Efectuar revisão dos casos de CG (diagnóstico histológico) durante um período de 5 anos (Janeiro de 2005 a Dezembro de 2009 inclusive), com caracterização demográfica, análise de variáveis como histologia, estadiamento e sobrevida.

Resultados: Para o referido período, foram elegíveis 196 casos de CG. Destes, 55,6% (n= 109) são do sexo masculino. A idade média de diagnóstico global foi de 66,1 anos (mínima: 29 e máxima: 99), com menor idade média para os homens do que para as mulheres: 64,4 e 68,3 anos respectivamente. Ao diagnóstico, 90,6% referiam sintomas, mais frequentemente epigastralgias e verificou-se evidência de metastização em cerca de 44,8% dos doentes. Histologicamente, o tipo mais frequente foi o adenocarcinoma (95,9%), seguido do GIST (2%), linfoma (1%) e neuro-endócrino (1%). Dos doentes nos quais foi possível avaliar a existência de factores de risco (n=177), apenas 42,8% tinham factor(es) de risco identificado(s). Cerca de 70,4% dos doentes faleceram, 13,2% destes de um mês após o diagnóstico.

Conclusão: Nesta amostra, o CG é diagnosticado numa fase tardia num número significativo de doentes, o que se traduz numa elevada mortalidade. Realça-se a importância de um diagnóstico mais precoce mediante avaliação de factores de risco

20

HEMATOMA RETROPERITONEAL VOLUMOSO E LESÃO DE DIEULAFOY DO DUODENO EM MULHER DE 80 ANOS**Autores**

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia - CHVNGaia

Resumo

Doente de 80 anos, sexo feminino, internada por quadro de sonolência, prostração e recusa alimentar. Antecedentes pessoais de HTA, DM tipo 2, e síndrome demencial. Medicada habitualmente com antihipertensores e antidiabéticos orais. À entrada, no SU, foi detectada anemia normocrómica e normocítica (Hb 9,7g/dl), sem aparente repercussão hemodinâmica ou perdas hemáticas. Durante o internamento verifica-se episódio de hematemese, com queda de hemoglobina para 6,7g/dl, razão pela qual efectua transfusão com 2 unidades de glóbulos

rubros e realiza endoscopia digestiva alta (EDA): sangue fresco e coágulos no lúmen duodenal; lesão de Dieulafoy na face anterior do bolbo, junto à transição DI-DII. Colocados 2 clips sobre o vaso, com hemostase aparente. Nas 48h seguintes manteve diminuição da hemoglobina, sem perdas hemáticas visíveis, com necessidade transfusional diária, razão pela qual repete EDA: volumoso hematoma do bolbo, sendo aparentes ainda os 2 clips colocados no exame prévio, com hemorragia em toalha de baixo débito. Procedeu-se a injeção de adrenalina diluída 1/10.000, seguida da aplicação de mais dois clips sobre o vaso. A doente realiza então TC Abdominal que revela hematoma da 2ª e 3ª porções duodenais e volumoso hematoma retroperitoneal com 17x6,8cm. A doente foi avaliada por Cirurgia Geral que aconselhou atitude conservadora, recomendando seguimento imagiológico da lesão. Na reavaliação endoscópica observou-se hematoma duodenal de dimensões mais reduzidas, sem evidência de hemorragia activa. A doente manteve-se hemodinamicamente estável, com evolução imagiológica demonstrando áreas de reabsorção do hematoma, tendo alta orientada para Hospital de Dia para vigilância analítica e imagiológica em ambulatório.

21

CRIPTOSPORIDIOSE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM DOIS CASOS DE DIARREIA CRÓNICA

Autores

Fernandes C.^{1,2}, Mota M.¹, Pinho R.², Valente D.¹, Gil P.¹, Carvalho J.², Fraga J.², Valente J.¹

Instituição

¹S. Med. interna; ²S. Gastroenterologia
C. H. V. N. Gaia/Espinho, E.P.E.

Resumo

O diagnóstico diferencial de diarreia crónica no contexto do doente imunocomprometido inclui etiologias raramente identificadas noutras populações. A criptosporidiose é causa de diarreia crónica em doentes imunodeprimidos, sendo a sua prevalência baixa nos países desenvolvidos com acesso à terapêutica anti-retrovírica (ARV) e boas condições de saneamento. Os autores apresentam dois casos clínicos de diarreia crónica por *Cryptosporidium spp.* e sua evolução:

1. Homem, 40 anos, HIV positivo desde há 6 anos sem seguimento médico regular, que recorre ao SU por quadro clínico, com 4 semanas de evolução, de diarreia aquosa com cerca de 10 dejeções/dia, sem sangue ou muco, associado a cólicas abdominais difusas, náuseas, vômitos esporádicos e emagrecimento de cerca de 4kg; objectivamente apresentava-se desidratado e hipotenso, com abdómen difusamente doloroso à palpação; analiticamente a destacar linfopenia 1800/ul; creatinina 1,6 mg/dL; ureia 61 mg/dL; K+ 2,31 mEq/L; Na+ 130 mEq/L; TGO 38U/L; TGP 74 U/L; contagem absoluta CD4 8/ul; estudo das fezes: Ag

Cryptosporidium + (ICA); ecografia abdominal: hepatomegalia 17,5cm; sem outras alterações. Iniciou terapêutica ARV com abacavir + lamivudina+ efavirenz com melhoria sintomática.

2. Homem, 54 anos, HIV positivo desde há 1 mês, recorre ao SU por quadro de diarreia aquosa, sem sangue muco ou pús, associado a náuseas, vômitos e recusa alimentar com cerca de 4 semanas de evolução; objectivamente apresentava-se desidratado e emagrecido; analiticamente com CD4+ 35/uL; estudo das fezes sem alterações; endoscopia digestiva alta com biopsia duodenal e gástrica - numerosos microrganismos morfológicamente compatíveis com *Cryptosporidium*. Iniciou terapêutica ARV com estaduvina, lamivudina e lopinavir + ritonavir com melhoria do quadro clínico.

Com estes casos clínicos os autores pretendem alertar para o diagnóstico diferencial de diarreia crónica no doente imunocomprometido, dando particular ênfase a infecção por *Cryptosporidium spp.*

22

IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL (ICV): UMA MIRÍADE DE MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS

Autores

Rodrigues S., Bastos P., Ferreira F., Marques M., Costa Santos C., Ribeiro A., Pereira P., Lopes S., Silva R., Príncipe F., Carneiro F., Macedo G.

Instituição

Hospital São João - Porto

Resumo

AMFS, sexo masculino, 49 anos, foi diagnosticado em 1991 com ICV, efectuando terapêutica mensal com imunoglobulina intravenosa, e seguido em consulta de Gastroenterologia por linfoma duodenal (estádio IV) com estenose pós-quimioterapia em DIV. Foi realizada dilatação com balão transendoscópico de 16 mm com remissão dos sintomas. Dois anos após remissão do linfoma, o doente referiu emagrecimento (IMC: 16,8), diarreia aquosa e intolerância alimentar. Iniciou dieta parentérica e antibiótica empírica (ciprofloxacina e metronidazol) após colheitas para estudo microbiológico das fezes (negativas). Realizou entero-RM que demonstrou na região D4 quase ao nível do ângulo de Treitz uma diminuição de calibre e enteroscopia com biópsias que revelou gastroduodenojejunité ulcerativa. O exame histológico detectou infecção por CMV associado a metaplasia intestinal extensa em úlcera gástrica pleomórfica do antro e folículos linfóides com centros germinativos reactivos com intensa actividade com ulceração crónica inespecífica ao nível do duodeno, sem sinais de malignidade. Fez ganciclovir e teve alta com melhoria clínico-laboratorial. Por recorrência de sintomas, nomeadamente, vômitos e intolerância alimentar, foi internado e realizou-se dilatação da estenose com regressão franca da sintomatologia e feita nova tentativa de dilatação após 6 semanas, no entanto, por persistência de astenia marcada, emagrecimento progressivo (IMC: 14,9),

diarreia (3 dejeções/dia), vômitos e intolerância alimentar foi internado. Instituiu-se alimentação parentérica, efectuou-se enteroscopia com colocação de prótese metálica auto-expansível ao nível da estenose curta em DIV e iniciou-se alimentação entérica. Após equilíbrio nutricional e hidroelectrolítico, o plano terapêutico passa pela ressecção da porção duodenal estenosada e posterior administração de corticoterapia. O espectro das manifestações gastrointestinais da ICV é vasto podendo mimetizar doenças como a doença celíaca e a doença inflamatória intestinal, embora existam divergências a nível clínico, analítico e histológico. A abordagem terapêutica é desafiadora, exigindo uma equipa multidisciplinar apta para lidar com as complicações inerentes à doença ou à sua terapêutica.

23

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO INTESTINAL COM TESTE DE ESTIMULAÇÃO DA CITRULINÉMIA

Autores

Costa B.P., Serôdio M., Rodrigues A., Simões M., Veríssimo C., Grazina M., Sousa F.C.

Instituição

Hospitais da Universidade de Coimbra (Serviço de Cirurgia III); Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; C.N.B.C.

Resumo

Diversos estudos têm sugerido que a citrulinémia pode constituir um parâmetro objectivo e quantitativo de avaliação da função intestinal. Com o objectivo analisar o valor de um teste de estimulação, com glutamina exógena, na eventual melhoria da acuidade discriminativa da citrulinémia, realizou-se um estudo envolvendo 11 doentes com síndrome do intestino curto (SIC), resultante de enterectomia extensa e 11 indivíduos controlo. O doseamento plasmático de aminoácidos foi efectuado, por cromatografia de troca iónica, em jejum e 80 minutos após um bolus oral de L-glutamina (0,2 g/Kg). No primeiro grupo, seis pacientes apresentavam uma síndrome do tipo III, cinco encontravam-se na fase de manutenção e nove possuíam autonomia nutricional; o comprimento do intestino delgado residual foi de 87,5±48,2 (30-190) cm. O aumento percentual da citrulinémia após o teste (DeltaCitrulinémia80) foi inferior nos doentes com SIC (33,8±58,8 versus 38,9±34%; n.s.) e a sua acuidade diagnóstica revelou-se análoga à da citrulinémia basal (aaR.O.C.=55,4%, n.s. versus 65,3%, n.s., respectivamente). A DeltaCitrulinémia80 foi mais reduzida nos casos com intestino residual inferior a 50 cm (p=0,044), na fase aguda (n.s.) e com dependência do suporte nutricional parentérico (n.s.). A capacidade preditiva da DeltaCitrulinémia80 para um "intestino curto" inferior a 50 cm (aaR.O.C.=82%, p=0,05) foi superior à da citrulinémia basal (aaR.O.C.=39%, n.s.); valores inferiores a 33,4% evidenciaram-se em 100% destes doentes [versus 44,4%; p=0,044; sensibilidade=100%; acuidade=64%; valor predi-

tivo negativo=100%]. A probabilidade de um "intestino curto" inferior a 50 cm relacionou-se com a DeltaCitrulinémia80, de forma inversa, sendo apenas de 2,3% para valores superiores a 33,4%. Os resultados desta análise preliminar, limitados pela reduzida dimensão da amostra, sugerem que o teste de estimulação da citrulinémia é exequível e que, embora não pareça aumentar significativamente a acuidade diagnóstica de SIC relativamente à citrulinémia basal, pode melhorar a capacidade preditiva de gravidade. Outros estudos são necessários para determinar a sua relevância clínica.

24

DOENÇA VULGAR COM MANIFESTAÇÕES RARAS NO TUBO DIGESTIVO

Autores

Marques M., Vale A.M.H., Macedo G.

Instituição

Hospital São João

Resumo

A tuberculose (TB) é ainda uma patologia frequente e permanece causa importante de morbilidade e mortalidade, particularmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. A TB gastrointestinal (GI) é o 6º local extra-pulmonar mais comum de TB, correspondendo a 3-5% de todos os envoltimentos extra-pulmonares. Apresentamos uma doente, 51 anos, enviada a consulta de Gastroenterologia por disfagia. Na avaliação por EDA foi detectado tumor submucoso do esfôfago médio com 2 pequenas ulcerações à superfície. Fez ecoendoscopia que relatou tumor como leiomioma, sem biopsias. Por sintomatologia progressiva, a doente recorreu à consulta de Cirurgia Cardiorábrica que operou a doente. Durante a cirurgia verificou tratar-se de uma adenite granulomatosa do hilo pulmonar, com culturas positivas para Mycobacterium tuberculosis. Fez tratamento anti-bacilar e na EDA de revisão: mucosa esofágica sem lesões. Apresentamos ainda o caso de um doente, 54 anos, enviado à consulta de Gastroenterologia por história familiar de cancro colo-rectal, assintomático. Realizou colonoscopia de rastreio que revelou massa vegetante de 3cm no cego, ulcerada, cuja histologia revelou granulomas não caseosos, micobacteriológico negativo. No estudo subsequente foi feito TAC toraco-abdominal que revelou lesões no ápice pulmonar sugestivas de doença bacilar activa, confirmada por culturas em broncoscopia. Fez tratamento anti-bacilar e na colonoscopia de revisão: cego sem lesões. Embora a TB possa afectar todos os órgãos humanos, a região mais frequentemente afectada é o pulmão. Entre os territórios extra-pulmonares, o esqueleto e o trato urinário são os mais afectados (30 e 24% respectivamente), seguidos pelos gânglios linfáticos (13%) e trato GI em 5%. Um rápido diagnóstico de TB extra-pulmonar dependente de um alto grau de suspeição, uma vez que a clínica pode ser inespecífica e a confirmação microbiológica é difícil. Além disto,

a prova da tuberculina e a radiografia do tórax podem inicialmente ser negativas em 50% dos doentes. Os achados endoscópicos não são patognomônicos

25

ESTUDO PROSPECTIVO DA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: PREVALÊNCIA, SINTOMAS E RESPOSTA AO TRATAMENTO

Autores

Quintela C., Bettencourt M J

Instituição

CHLC - HSAC

Resumo

Objectivo: Avaliar a prevalência de esofagite eosinofílica em doentes com sintomas típicos (disfagia e impacto alimentar) e de DRGE sem resposta à terapêutica com IBP. Estudo aberto prospectivo. Foram incluídos 40 doentes, 20 do sexo masculino e do 20 do sexo feminino, que apresentavam história de disfagia, impacto alimentar, sintomas de DRGE sem melhoria com IBP, com idades compreendidas entre 22 e 50 anos, com idade média de 32.6 anos. Foram excluídos <18 anos, grávidas, com doença inflamatória intestinal, cirurgia esofágica previa. Foi realizado endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsias esofágicas a todos os doentes. Os doentes sintomáticos, com alterações histológicas e/ou endoscópicas iniciaram terapêutica com corticóides tópicos (fluticasona inalada 220 mcg, 2 puffs/dia durante 8 semanas), tendo sido reavaliados após o início da terapêutica às 4 e às 8 semanas. Resolução às 4/8 semanas foi definida como: assintomático e sintomas ligeiros, moderados e graves ou melhoria do aspecto endoscópico. Todos os doentes apresentavam disfagia, havendo história de impactoprévio em dois doentes. Desses apenas 1 preenchia os critérios histológicos de esofagite eosinofílica (>15 eosinófilos intra-epiteliais/ HPF). Em termos de aspecto endoscópico apenas o descrito com critérios de EE apresentava anéis esofágicos em toda a extensão. Realizou o tratamento durante 8 semanas ficando assintomático as 4 semanas e com melhoria do aspecto endoscópico as 8 semanas. Dada a raridade desta doença apresentamos em estudo preliminar da mesma.

26

ASCITE DE ETIOLOGIA MALIGNA

Autores

Pinto Pais T., Usurelu S., Caldeira A., Pereira B., Pereira E., Melo G. A., Banhudo A.

Instituição

Hospital Amato Lusitano - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Resumo

O mesotelioma maligno (MM) é uma neoplasia das serosas altamente agressiva, associada a poluentes industriais. Após a pleura, o peritoneu é o local etiológico mais frequente. O Mesotelioma Peritoneal Maligno (MPM) surge das células mesoteliais que revestem o peritoneu, disseminando-se rapidamente na cavidade abdominal. A morbidade e mortalidade são devidas, principalmente, à progressão da doença dentro do peritoneu e não à propagação metastática à distância. O MPM predomina no sexo feminino, sendo 63 anos a idade mediana na apresentação. Trata-se de uma doença pouco estudada, porque a principal investigação clínica e molecular tem sido realizada na variante mais comum, pleural.

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente com 66 anos de idade, internada no serviço de Gastroenterologia para esclarecimento etiológico de ascite. Referia desconforto e aumento progressivo do volume abdominal com concomitante perda ponderal de 13Kg. Sem febre ou outras queixas, nomeadamente do foro respiratório ou digestivo. Sem exposições ambientais. Antecedentes pessoais de apendicectomia, 4gestações - partos eutócitos, e curetagem uterina por pólipos glandular endometrial. Ao exame objectivo apresentava-se emagrecida, consciente e orientada; abdómen distendido, com semiologia de ascite, sem massas palpáveis; sem edemas periféricos; sem estigmas de doença hepática crónica. A ecografia digestiva à entrada evidenciou lesões compatíveis com carcinomatose peritoneal que a Tomografia Computorizada toraco-abdómino-pélvica confirmou. O estudo subsequente revelou marcadores tumorais e virais, endoscopia digestiva alta, e colonoscopia total negativas. Análise do líquido ascítico revelou células neoplásicas, sugestivas de mesotelioma. Foi referenciada à Cirurgia Geral, tendo sido submetida a laparotomia exploradora com biópsias de epíloon e peritoneu - histologia confirmou tratar-se de MPM epitelioide. Foi orientada para tratamento médico-cirúrgico.

Os autores apresentam este caso clínico pela raridade desta patologia como causa de ascite, evidenciando a importância da ecografia digestiva, restantes exames de imagem, análise do líquido ascítico, e estudo anatomo-patológico na investigação etiológica e posterior orientação.

27

UM ESTRANHO CASO DE "PSEUDORECIDIVA" TUMORAL...

Autores

Almeida N., Carvalho R., Monsanto P., Ladeira N., Duque G., Correia T., Gouveia H., Sofia C.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

A realização de gastrectomia parcial por neoplasia obriga a um seguimento endoscópico posterior, para detecção precoce de eventuais

recidivas tumorais. Neste contexto, o aparecimento de enfartamento pós-prandial e saciedade precoce constituem sempre sinais ominosos e são fonte de preocupação para os doentes e os clínicos.

Os autores apresentam o caso de um doente com antecedentes de gastrectomia parcial por neoplasia a quem foi solicitada uma endoscopia digestiva alta por apresentar queixas de desconforto epigástrico, náuseas, vômitos, saciedade precoce e enfartamento pós-prandial. A avaliação da avaliação endoscópica constatou-se a presença de volumosa formação intragástrica, cujas características macroscópicas faziam suspeitar de eventual recidiva tumoral. Quando se iniciou a obtenção de material para estudo histológico constatou-se que esta formação tinha uma consistência esponjosa e, na realidade, era constituída por material inorgânico. O recurso a uma ansa de polipectomia e uma ansa de rede permitiu confirmar que esta "pseudorecidiva" tumoral correspondia, na realidade, a um volumoso bezoar. Procedeu-se então à sua fragmentação e remoção parcial, instruindo-se depois o doente para ingerir quantidades abundantes de coca-cola™. A avaliação endoscópica posterior permitiu confirmar a dissolução completa deste corpo estranho, apresentando-se a anastomose gastro-jejunal perfeitamente regular.

Este caso, documentado iconograficamente, ilustra uma situação rara, em que um bezoar pode condicionar uma interpretação errónea de eventual recidiva tumoral, a qual era de suspeitar atendendo à clínica apresentada pelo doente. Adicionalmente, salienta-se a eficácia da coca-cola™ na resolução destas situações, evitando manobras endoscópicas agressivas e incómodas para o doente.

28 ASPECTO ENDOSCÓPICO DE ISQUÉMIA GÁSTRICA

Autores

Correia T., Andrade P., Portela F., Almeida N., Gouveia H., Sofia C.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

A gastrite isquémica é uma patologia relativamente rara mas, quando identificada, implica geralmente uma intervenção cirúrgica.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 78 anos, institucionalizada e totalmente dependente para as actividades da vida diária, que foi trazida ao Serviço de Urgência por apresentar queixas de dor localizada à região epigástrica, associada a náuseas e vômitos de cor escura. Não havia referência a melenas, hematoquezias ou febre, não estando presente nenhum dos factores de risco usuais para doença ulcerosa péptica. Analiticamente apresentava Hemoglobina 10.6 g/dl, sem outras alterações relevantes. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA), cuja acuidade diagnóstica foi amputada pela presença de grande quantidade de coágulos e sangue vivo na cavidade gástrica. Após

24 horas repetiu a EDA que revelou uma mucosa gástrica de tonalidade negra, com padrão empedrado e necrótico, friável, estendendo-se desde a região subcárdica até à transição corpo-antra; na região antral observavam-se manchas violáceas, mas a mucosa do bolbo e DII era normal. Devido às comorbilidades presentes, à recusa da família na realização de procedimentos invasivos e à estabilidade clínica, optou-se por terapêutica conservadora com inibidor da bomba de prótons em dose dupla e alimentação parenteral, mantendo-se a estabilidade clínica e hemodinâmica.

Nas avaliações endoscópicas subsequentes foi possível constatar uma melhoria gradual mas relevante das lesões endoscópicas, sendo possível restabelecer progressivamente a alimentação per os. A doente teve alta, assintomática, ao 21º dia.

Este caso clínico, documentado iconograficamente, sugere que, apesar da elevada mortalidade e morbidade reportadas na literatura, a gastrite isquémica necrotizante pode ser reversível com terapêutica conservadora. Assim, é possível admitir que a ressecção cirúrgica não é uma estratégia imprescindível após o diagnóstico inicial, sobretudo nos casos de elevado risco interventivo.

29 DIVERSIDADE CLÍNICA E ENDOSCÓPICA DA TUBERCULOSE GASTRINTESTINAL

Autores

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

Instituição

Hospital Egas Moniz

Resumo

Objectivo: Os autores propuseram-se avaliar as manifestações clínicas e os achados endoscópicos da tuberculose gastrointestinal.

Métodos: Análise retrospectiva de 3 casos de tuberculose com atingimento gastrointestinal, compreendidos entre Junho de 2007 e Dezembro de 2009, num centro hospitalar.

Resultados: Durante o período analisado identificaram-se 3 casos de tuberculose gastrointestinal. Caso 1: Doente de 28 anos, raça negra, com quadro progressivo de intolerância alimentar com vômitos recorrentes e emagrecimento. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou estenose piloro-duodenal marcada identificando-se nas biópsias realizadas somente infiltrado inflamatório inespecífico. O doente acabou por ser submetido a terapêutica cirúrgica observando-se na peça operatória múltiplos granulomas caseosos com posterior isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* em meio de cultura de Löwenstein-Jensen. Caso 2: Doente de 34 anos, raça negra, com infecção pelo vírus VIH-1, com quadro insidioso de emagrecimento, sudorese, epigastralgia e hematoquezias recorrentes. A colonoscopia mostrou lesão cecal discretamente proeminente, com cerca de 20 mm, de aspecto violáceo e ulceração

estrelada central. A EDA relevou no corpo gástrico proximal pregas volumosas, confluentes e irregulares. Histologicamente, identificaram-se nas lesões descritas granulomas epitelióides caseosos e bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) com a coloração de Ziehl-Neelsen. Caso 3: Doente de 85 anos, raça caucasiana, com história de artrite reumatóide medicada episodicamente com corticóides, com quadro de diarreia de 3-4 dejeções por dia, com 3 meses de evolução. A colonoscopia identificou presença de pequena lesão polipóide, com cerca de 10 mm, de aspecto ligeiramente morulado, circunscrito por mucosa discretamente edemaciada a nível do ângulo hepático. As biópsias da lesão revelaram presença de múltiplos granulomas caseosos e presença de BAAR.

Conclusão: A tuberculose gastrointestinal pode atingir qualquer segmento do aparelho digestivo apresentando características fenotípicas diversas e consequentemente achados endoscópicos e clínicos muito distintos.

30 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS VOLUMOSOS DO CÓLON: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 2 ANOS

Autores

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

Instituição

Hospital de Santo André, EPE

Resumo

Introdução: A ressecção endoscópica de pólipos do cólon constituiu um grande avanço no tratamento precoce de neoplasias do tubo digestivo. Actualmente é possível a excisão de lesões com grandes dimensões e morfologias variadas. As complicações descritas incluem hemorragia, perfuração e síndrome pós-polipectomia.

Material e Métodos: estudo retrospectivo dos pólipos do cólon com tamanho superior ou igual a 20 mm excisados entre 1 de Janeiro de 2008 e 31 de Dezembro de 2009. Foram recolhidas as variáveis em estudo pela consulta do processo clínico que incluía relatórios de colonoscopias e histologias.

Resultados: Efectuaram-se polipectomias em 120 doentes (75% sexo masculino), com idade média de 67.9 anos. Em 37% dos casos foram excisados pólipos com + de 30 mm, com predomínio de pólipos sésseis (50.8%) e preferencialmente localizados distalmente ao ângulo esplénico (81.7%). Displasia de baixo grau foi relatada em 43.3% dos casos, seguida de displasia de alto grau em 26.7%, adenocarcinoma intra-mucoso em 20% e adenocarcinoma invasivo em 5%. Apenas 36.7% dos doentes não apresentavam outros pólipos e/ou neoplasia associada. As complicações decorrentes foram: hemorragia (21.7%), perfuração (0.8%) e síndrome pós-polipectomia (0.8%). A hemorragia foi controlada por técnicas hemostáticas em 96% das situações, tendo o clip hemostático sido o método mais utilizado (46.2%). Foram

propostos para intervenção cirúrgica 22 doentes (destes apenas 18 foram intervencionados), por vários motivos: neoplasia síncrona associada (6 doentes), histologia relatando adenocarcinoma invasivo (6 doentes), mau acesso a polipectomia endoscópica (5 doentes), pólipos múltiplos (3 doentes), hemorragia incontrolável (1 doente), perfuração (1 doente).

Conclusões: As técnicas endoscópicas são úteis na ressecção e controlo das complicações da excisão de lesões volumosas malignas e pré-malignas do cólon, permitindo uma mais criteriosa selecção dos candidatos a tratamento cirúrgico.

31 PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS NO TRATAMENTO DO CANCRO COLO-RECTAL OCLUSIVO

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

Resumo

Introdução: As próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) são utilizadas no tratamento do cancro colo-rectal (CCR) em oclusão/sub-occlusão, quer em doentes candidatos a tratamento curativo, como ponte para cirurgia, quer no contexto paliativo, como alternativa à colostomia definitiva.

Objetivos: Avaliar a eficácia e segurança da colocação de PMAE no tratamento do CCR em oclusão/sub-occlusão.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos doentes submetidos a esta terapêutica, no nosso Serviço, no período de Fevereiro/09 a Fevereiro/10. Os doentes foram categorizados em 2 grupos: Grupo A (candidatos a terapêutica curativa) e Grupo B (candidatos a terapêutica paliativa). Avaliaram-se o sucesso técnico, o sucesso clínico e as complicações.

Resultados: Foram colocadas 12 PMAE em 12 doentes (9H e 3M), idade média 73 anos. As próteses eram do tipo HANAROSTENT (M.I.Tech), não recobertas, TTS, de libertação distal.

Grupo A: 9 doentes (6H e 3M), idade média 74 anos. Localização do tumor: recto-2 (22%), transição recto-sigmoideia-3 (33%), ângulo esplénico-3 (33%) e transversal-1 (11%). Sucesso técnico e sucesso clínico em 100% e não ocorreram complicações. Tempo médio até à cirurgia de 11 dias.

Grupo B: 3 doentes (3H), idade média 70 anos. Localização do tumor: transição recto-sigmoideia-2 (66%) e anastomose de ressecção anterior do recto prévia-1 (33%). Sucesso técnico em 100% e sucesso clínico em 66%. Registou-se 1 caso de perfuração às 72 horas.

Conclusões: Na nossa série, a utilização de PMAE revelou-se um procedimento seguro e eficaz, constituindo uma excelente opção como

“ponte para a cirurgia” nos doentes com possibilidade de terapêutica curativa. Nos candidatos apenas a terapêutica paliativa, é também uma opção válida, ao evitar a colostomia definitiva.

32

ECOENDOSCOPIA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Autores

Pinto Marques P., Serra D., Mendonça E., Rebelo Andrade J., Bismarck J., Mateus F., Moreira H., Castro H., Alvarez P.

Instituição

Hospital da Luz

Resumo

Introdução: A ecoendoscopia é actualmente uma técnica em expansão nos hospitais portugueses. A caracterização da sua implementação é desejável por forma a avaliar o seu desempenho nos diversos centros.

Objectivo: Caracterizar os primeiros dois anos de implementação da Ecoendoscopia no Hospital da Luz

Material e Métodos: Foram revistos os procedimentos realizados entre Janeiro de 2008 e Março de 2010.

Resultados: Realizaram-se 241 procedimentos, com uma evolução semestral crescente. Idade média: 60.0 (14.1 [21-89] anos. Distribuição idêntica por sexo (homens 50.2%; mulheres 49.8%). A maioria dos procedimentos (98.4%) foram realizados sob sedação com apoio anestésico.

Principais indicações: Lesões subepiteliais (56), Neoplasia pancreática (33), Neoplasia do recto (18), Quisto pancreático (16), Pancreatite aguda (15), Neoplasia gástrica (10), Dilatação da via biliar principal por método de imagem (9) e massa mediastínica (6).

Foi realizada punção ecoguiada em 69 doentes (28.6%), sendo as principais indicações: Massa pancreática (27), quisto pancreático (10), lesão subepitelial (10) e massa mediastínica (4). A citologia aspirativa foi diagnóstica em 71.6 % (80.6% nos últimos 9 meses), sendo o diagnóstico mais frequente o adenocarcinoma pancreático (30.8%). Em 10 casos a ecoendoscopia realizou-se em tandem com a CPRE: 8 por probabilidade intermédia de coledocolitíase (uma CPRE evitada) e 2 por neoplasia pancreática (impacto na selecção do tipo de prótese biliar). Não se registaram complicações relacionadas com a sedação ou o procedimento endoscópico

Conclusão: A ecoendoscopia tem uma solicitação crescente. É uma técnica com impacto significativo no delinear da estratégia diagnóstica e terapêutica, nomeadamente no doente do foro oncológico, onde promove uma abordagem multidisciplinar. Na nossa experiência a realização de ecoendoscopia/CPRE em tandem, traduz-se numa melhor selecção dos casos / individualização da terapêutica endoscópica bilio-pancreática.

33

DRENAGEM ENDOSCÓPICA TRANSDUODENAL DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO

Autores

Soares J.B., Ferreira A., Caetano A.C., Vilaça S.*, Machado A., Gonçalves R.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Braga *Serviço de Cirurgia do Hospital de Braga

Resumo

Doente do sexo masculino, 72 anos, com antecedentes de alcoolismo crónico e pancreatite aguda alcoólica em Janeiro de 2009. Em Outubro de 2009, por dor epigástrica e enfartamento pós-prandial, associados a massa palpável no epigastro, realizou TC abdominal que mostrou volumosa formação com conteúdo líquido e parede regular, situada em topografia do pâncreas, compatível com pseudocisto, com cerca de 18cm de diâmetro transversal. Realizou EDA que mostrou abaulamento da pequena curvatura do corpo distal/incisura do estômago e de forma mais evidente da parede superior do bulbo duodenal. Em Março de 2010, realizou drenagem endoscópica transduodenal do pseudocisto com colocação de prótese plástica duplo pig-tail, com melhoria clínica e imagiológica. Apresenta-se as imagens da técnica endoscópica e de TC.

34

ENTERITE RÁDICA EXUBERANTE DIAGNOSTICADA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA EM DOENTE COM HEMORRAGIA OBSCURA

Autores

Marques M., Cardoso H., Pereira P., Macedo G.

Instituição

Hospital São João

Resumo

A enterite radica crónica pode ocorrer dentro de 1 ano ou até muitos anos após a radioterapia do ID. A doença é causada por uma endarterite progressiva, que leva a um estado de isquemia crónica.

Doente do sexo feminino, de 46 anos de idade, com história de hepatite auto-imune e amputação abdomino-perineal (AAP) há 6 anos, por adenocarcinoma do recto pT2 N1 Mx R0, Dukes C. Fez terapêutica adjuvante com quimioterapia e radioterapia. Seguida na consulta de Urologia por cistite radica refractária.

Apresentava melenas pela colostomia, de forma intermitente, com queda de hemoglobina (Hb = 6g/dL). Realizou estudo endoscópico alto e baixo, que não mostrou alterações e sem sangue no lúmen. Foi realizada então cápsula endoscópica que mostrou algumas telangiectasias no jejuno, uma delas com hemorragia activa e um atingimento extenso

e muito exuberante de toda a mucosa do íleo médio e terminal, com múltiplas telangiectasias, compatíveis com enterite radica. Dada a extensão da doença foi proposta para terapêutica cirúrgica, complementada com terapêutica endoscópica de lesões pontuais sangrantes com Árgon-plasma.

O diagnóstico de enterite radica crónica é muitas vezes difícil, ou realizado em casos já muito avançados, quando utilizados métodos radiológicos. A cápsula endoscópica permite um diagnóstico e tratamento precoces. Achados endoscópicos típicos incluem: linfagiectasias, mucosa desnudada, neovascularização e pregas vermelhas.

Complicações potenciais da enterite radica crónica são a perfuração, hemorragia e estenose, mas habitualmente são eventos raros.

35

BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA EM HOSPITAL DE DIA - EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS

Autores

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

Instituição

H. S. Teotónio - Viseu

Resumo

Introdução: A biópsia hepática (BH) é uma técnica invasiva fundamental na área da hepatologia, fornecendo informações para o estadiamento e prognóstico de várias situações clínicas. A BH percutânea é efectuada no nosso serviço geralmente em regime de ambulatório.

Objectivos: Avaliar as BH efectuadas no hospital de dia de gastro (HDG), num período de 2 anos. Avaliar a morbi-mortalidade deste procedimento bem como a indicação para a sua realização e relação com resultado histológico.

Material e Métodos: Avaliação retrospectiva dos processos de doentes submetidos a BH no HDG, de Junho de 2008 a Abril de 2010.

Resultados: Efectuada BH em 58 doentes; 27 mulheres e 31 homens, com idade média de 47±13 anos. Analiticamente (média): hemoglobina 14,2 g/dl; AST 73; ALT 86; GGT 128; FA 101.

Motivo do exame: 50% das biópsias efectuadas para avaliação de alteração das enzimas hepáticas; 22.4% para avaliação de doenças hepáticas colestáticas; 6.8% para diagnóstico/estadiamento de hepatite B; 5.2% para diagnóstico/estadiamento de DH alcoólica, hepatite autoimune e hepatite C.

Os resultados histológicos revelaram: ASH/NASH com fibrose em 22.4% dos doentes; ASH/NASH sem fibrose em 18.9%; esteatose e hepatite reactiva inespecífica em 13.7%; hepatite B e C crónica com fibrose e a hepatite autoimune em 5.2% dos casos; alteração do fluxo vascular e alterações inespecíficas com fibrose em 3.4%; sem alterações histológicas em 3 doentes. Relativamente a morbilidade: 12 doentes tiveram dor local com necessidade de paracetamol; 1 doente apresentou hi-

potensão arterial pós-biópsia e 1 doente apresentou náuseas. Sem mortalidade nesta casuística.

Conclusões: A BH revela-se um procedimento seguro para efectuar em hospital de dia. Percentagem baixa de morbilidade e ausência de mortalidade. O espectro de alterações histológicas mais frequentes corresponde a perturbações relacionadas com obesidade, dislipidemia e ingestão etanólica excessiva.

36

HOSPITAL DE DIA DE GASTRO E ESPECIALIDADES MÉDICAS - EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS

Autores

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

Instituição

H. S. Teotónio - Viseu

Resumo

Introdução: O hospital de dia de gastroenterologia e especialidades médicas foi inaugurado na nossa instituição em 2008. Desde essa altura a sua utilização tem sido crescente e muito satisfatória. Ao longo do tempo tem sido usado por múltiplas especialidades. É constituído por 3 camas e 3 cadeirões com monitorização e rampa de gases. A equipa residente é formada por 2 enfermeiras. É utilizado para colheitas/terapêuticas/meios invasivos de diagnóstico/recobro de exames endoscópicos com sedação/ensinos/pensos e ensaios clínicos.

Objectivos: Apresentar as várias actividades realizadas em ambiente de hospital de dia e o modo de funcionamento do mesmo. Coabitação de vários procedimentos de diversas especialidades.

Material e Métodos: Análise retrospectiva da estatística dos procedimentos em hospital de dia.

Resultados: Apresenta uma taxa de ocupação de 85%. Foram efectuados 2494 procedimentos/terapêuticas. Dentre as actividades de gastro, destaca-se: 163 terapêuticas com infliximab; 35 administrações/ensino de adalimumab; 22 ensinos/1ª administração de peginterferão; 58 biópsias hepáticas; 9 paracenteses evacuadoras; 639 recobros de exames endoscópicos com sedação. Com menor frequência procedemos a injeção de sandostatina lar[®] ou realização de prova de mantoux. Outros procedimentos com grande frequência no H. Dia são: administração de imunoglobulina G, prolastin[®], xolair[®], ferro i.v. e concentrado de eritrócitos.

Conclusões: Os resultados são de todo satisfatórios. Obtivemos um local para melhor seguimento e controle de alguns doentes. Redução no número de visita dos doentes ao SU, designadamente, doentes com hepatopatia crónica. Fornecimento de medicação i.v. com maior segurança e rigor. Ensino dos doentes sobre algumas das medicações crónicas a aplicar em ambulatório. Apresentamos este trabalho para demonstrar a mecânica e actividade de um hospital de dia, que veio melhorar muitas actividades do nosso serviço.

37

GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA - EXPERIÊNCIA DE UM ANO**Autores**

Rosa B., Marinho C., Rebelo A., Almeida G., Leite S., Ribeiro J.M., Moreira M.J., Cotter J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

Resumo

Introdução: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) permite assegurar o suporte nutricional entérico com vantagens relativamente à entubação nasogástrica crónica.

Objectivos: Avaliar a actividade relativa à colocação e "follow-up" das PEG ao longo de 12 meses. Análise da taxa de complicações e impacto no número de urgências e internamentos hospitalares.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo incluindo 30 doentes consecutivos (Outubro/08-Setembro/09) com idade média de 74±18 [19-97] anos, submetidos a PEG. Consulta dos processos clínicos e follow-up em consulta de Gastroenterologia.

Resultados: A demência vascular e os acidentes vasculares cerebrais motivaram cerca de dois terços das colocações de PEG. 73% dos doentes eram portadores crónicos de sonda nasogástrica (SNG) previamente à PEG. Em média, nos seis meses anteriores à PEG, estes doentes recorreram por três vezes à urgência hospitalar e tiveram dois internamentos cada, com duração média de 20 dias, motivados por patologia respiratória em mais de 70% dos casos. Nos seis meses após a PEG, verificou-se em média uma diminuição do número de urgências (2), internamentos hospitalares (1) e dias de hospitalização (16). 11% dos internamentos foram motivados por complicações relacionadas com a PEG. Em 60% dos doentes surgiu algum tipo de complicação da PEG, sendo mais frequentes a exteriorização accidental do tubo de alimentação (17%) e o refluxo de conteúdo gástrico pelo estoma (17%). A taxa de mortalidade aos 6 meses foi de 37%.

Conclusões: Parece existir uma tendência para a redução das complicações respiratórias graves e do número de internamentos hospitalares em doentes com PEG, comparativamente com aqueles cronicamente entubados com SNG. A maioria das complicações relacionou-se com erros no manuseamento do dispositivo, pelo que se torna premente o reforço do ensino dos familiares/cuidadores. A consulta de seguimento revela-se útil na detecção precoce de anomalias, prevenção de complicações e planeamento dietético com vista à melhoria do estado nutricional.

38

TEREI TOMADO TODA A MEDICAÇÃO?**Autores**

Saiote J., Esteves J., David Marques A.

Instituição

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de Santo António dos Capuchos - Serviço de Gastroenterologia

Resumo

A remoção de corpos estranhos é uma das indicações para a realização de Endoscopia de Urgência. Em adultos, a ingestão intencional ocorre em indivíduos com perturbações psiquiátricas e em presidiários procurando ganhos secundários à sua hospitalização. Encontra-se descrita na literatura uma ampla variedade de objectos deglutidos (lâminas, pilhas, objectos metálicos ponteados). A ingestão de frascos é uma situação rara.

Os autores relatam o caso de um homem de 38 anos, presidiário, enviado ao Serviço de Urgência por ingestão de corpos estranhos ocorrida 5 dias antes. O exame endoscópico sob sedação permitiu a visualização na cavidade gástrica de um garfo, de um corta-unhas e de um frasco de medicamentos (60 por 25 mm). Tentou-se a remoção endoscópica deste último objecto utilizando uma ansa de polipectomia, não tendo sido possível ultrapassar o esfíncter esofágico superior. Por este motivo, o doente foi submetido a gastrostomia cirúrgica. Apresenta-se iconografia.

39

PAPEL DA ECOENDOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DA SARCOIDOSE: A NOSSA EXPERIÊNCIA**Autores**

Meira T, Nunes A., Pinto Marques P., Brito M.J., Marques C., Freitas J.

Instituição

Hospital Garcia de Orta, Almada

Resumo

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistémica que coloca frequentemente dificuldades diagnósticas, implicando uma abordagem multidisciplinar.

Objectivo: Caracterizar o papel da ecoendoscopia no diagnóstico desta entidade.

Material e Métodos: Entre Julho de 2007 e Março de 2010 procederam-se a 171 punções aspirativas por agulha fina. Seleccionaram-se os casos em que a citologia resultante da punção ecoguiada de adenomegalias mediastínicas foi diagnóstica ou suspeita de sarcoidose.

Resultados: Foram seleccionados 5 casos, com idade média de 34,6 [24 - 61 anos]. Não se registaram complicações.

	Idade	Sexo	Indicação	Estação mediastínica / Dimensão (mm)	Agulha (gauge)	Citologia
1	53	F	Adenomegalias	7 / 70	19QC	Diagnóstica
2	24	F	Adenomegalias eritema nodoso +	4, 5 e 7 / 40	19QC; 22	Diagnóstica
3	28	M	Adenomegalias	4, 5 e 7 / 45	19QC	Diagnóstica
4	27	F	Adenomegalias eritema nodoso +	4, 7 e 9 / 47	19QC	Diagnóstica
5	61	F	Adenomegalias + DHC criptogénica	4 e 7 / 13	25; 22	Suspeita

Conclusão: Na nossa experiência a ecoendoscopia revelou-se um método seguro e de elevada acuidade diagnóstica. Assim, o recurso a esta técnica deve ser considerado caso se verifique dificuldade no estabelecimento desta entidade nosológica.

40

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ETIOLOGIA NÃO VARICOSA - RESOLUÇÃO COM CLIPS METÁLICOS

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.-HG

Resumo

Os clips metálicos constituem uma forma de hemostase mecânica, actualmente cada vez mais utilizados, quer isoladamente ou em combinação com outras modalidades de hemostase endoscópica.

Objectivos: Avaliar a eficácia da terapêutica hemostática com clips metálicos, na hemorragia digestiva alta de etiologia não varicosa.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 14 doentes com hemorragia digestiva alta de etiologia não varicosa, submetidos a terapêutica hemostática com clips metálicos. Foram analisados: sexo, idade, proveniência, clínica, etiologia da hemorragia, terapêutica hemostática conjunta com adrenalina e polidocanol, número de clips aplicados, intercorrências, controlo da hemorragia, e orientação do doente.

Resultados: Estudados 14 doentes, 8 sexo masculino e 6 sexo feminino. Média de idades 71.8 anos [36-89]. A maioria proveniente do Serviço de Urgência (8). Clinicamente apresentaram-se com melenas (3), hematemeses (2) e ambas (7). Constatou-se anemia com necessidades transfusionais em 12 doentes e, destes 2 apresentaram choque hipovolémico. As etiologias da hemorragia digestiva alta foram: úlceras gástricas (4), úlceras duodenais (3), úlcera da anastomose gastrojejunal (1), pós-polipectomia (2), Lesão de Dieulafoy (2), adenocarcinoma gástrico (1), e lesão iatrogénica hemorrágica pós-CPRE (1). Verificou-se hemorragia activa em 7 doentes, 5 em babamento e 2 em jacto. Efectuada terapêutica hemostática conjunta em 13, 6 com adrenalina e polidocanol, 6 com adrenalina e 1 com polidocanol. A terapêutica hemostática com clips isoladamente foi efectuada em 1 doente com Lesão de Dieulafoy. Foram aplicados em média 2 clips/doente. Controlada a hemorragia em 13, apenas 1 doente manteve persistência da hemorragia (lesão iatrogénica pós-CPRE). Ocorreu recorrência da hemorragia em 1 com Lesão de Dieulafoy localizada no corpo gástrico alto, com necessidade de cirurgia urgente.

Conclusões: Nesta série de doentes os clips metálicos revelaram ser um método eficaz e seguro de terapêutica hemostática na hemorra-

gia digestiva alta de etiologia não varicosa, com resultados satisfatórios no controlo e na recorrência da hemorragia.

41

ESTARÁ A IMPEDANCIOMETRIA PREPARADA PARA A PRÁTICA CLÍNICA?

Autores

Barrias S., Pereira G., Cardoso C.

Instituição

Centro Hospitalar do Porto, HGSA, Serviço de Gastroenterologia

Resumo

A impedanciometria detecta alterações na resistência à corrente eléctrica entre 2 eléctrodos adjacentes permitindo diferenciar o trânsito retrógrado de um bólus líquido ou gasoso. Ao permitir caracterizar mais adequadamente os episódios de refluxo gastro-esofágico, a impedanciometria esofágica ambulatoria associada a pHmetria criou grande entusiasmo, prometendo vir a ser o novo *gold standard* para a doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE), dando respostas mais concretas à dúvida clínica.

Objectivo: Avaliar o benefício clínico que fomos tirando da nossa curta experiência com esta técnica.

Material: Revisão de 12 impedancio-pHmetrias (MII-pH) ambulatorias realizadas com sonda de 8 sensores de impedância e 1 de pH - regitador Ohmega e software da MMS.

A maioria dos doentes referia sintomas típicos de DRGE (associados ou não a atípicos), sendo que um terço apenas se queixava de tosse não esclarecida; só um sexto dos doentes fez exame sob medicação com inibidor da bomba de prótons.

Resultados: Em metade dos exames os doentes não sinalizaram sintomas, impossibilitando estabelecer qualquer relação temporal com refluxo. Dos doentes com tosse, só um referiu sintomas. A impedanciometria teve valor acrescido relativamente à pHmetria isolada em metade dos casos: quando foi possível avaliar relação sintomática e/ou quando permitiu excluir refluxo anormal de qualquer natureza. Nos restantes casos foi difícil a interpretação dos resultados. Em dois doentes a pHmetria mostrou valores patológicos e a impedanciometria não. Esta discrepância deveu-se a longos períodos de traçado não analisáveis na MII por alterações da linha base.

Conclusões: 1-Para optimizarmos o benefício clínico da impedanciometria esofágica é determinante programar o exame para um período sintomático. 2-É importante estabelecer limites credíveis de valores normais - com e sem terapêutica - sendo necessário definir qual o valor concreto das anormalidades encontradas. 3-Nem todos os doentes têm perfil adequado para este exame.

42

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DO MEDIASTINO POR ECOENDOSCOPIA EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO POTENCIALMENTE RESSECÁVEL

Autores

Nunes A., Meira T., Pinto Marques P., Loureiro R., Brito M.J., Araújo C., Freitas J.

Instituição

Hospital Garcia de Orta, Almada

Resumo

Introdução: O papel da ecoendoscopia no estadiamento do adenocarcinoma gástrico não está totalmente estabelecido.

Objectivos: Caracterização da avaliação mediastínica por ecoendoscopia em doentes com adenocarcinoma gástrico potencialmente ressecável.

Material e Métodos: Entre Julho de 2007 e Março de 2010, realizaram-se 69 ecoendoscopias para estadiamento de neoplasia gástrica. Destes, foram seleccionados os casos com adenomegalias mediastínicas com critérios morfológicos de malignidade.

Resultados: Seleccionaram-se 4 casos (5,8%) com adenomegalias mediastínicas com critérios morfológicos de malignidade. Não se registaram complicações.

	Idade	Local	uTNM	Est. Mediastínica	N (mm)	Punção	Citologia
1	64	Corpo	T2N1	2 e 8	19	Sim	Pos.
2	87	Antro	T2N2	8	6	Não	-
3	71	Antro	T2N1	7	25	Sim	Pos.
4	79	Antro	T3N1	4	11	Sim	Neg.

Conclusão: A avaliação sistemática do mediastino por ecoendoscopia, em doentes com adenocarcinoma gástrico potencialmente ressecável, permitiu identificar doença metastática num número significativo de doentes, alterando a estratégia terapêutica.

43**PALIAÇÃO DA OCLUSÃO CÓLICA MALIGNA COM PRÓTESES METÁLICAS AUTOEXPANSÍVEIS: SUCESSO TÉCNICO E CLÍNICO****Autores**

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

Instituição

Instituto Português de Oncologia do Porto Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

Resumo

Introdução: A utilização de próteses metálicas auto expansíveis (PMAE) em doentes que desenvolvem oclusão maligna do cólon poderá ser uma opção eficaz técnica e clinicamente. No entanto, a experiência publicada limita-se a pequenas séries.

Objectivos: Avaliar a eficácia técnica e clínica, assim como as complicações da palição da oclusão maligna do cólon com PMAE.

Material e Métodos: Foram revistos, retrospectivamente, 35 casos de palição de oclusão maligna do colon com a colocação de prótese de-corridos entre 2007 e 2009. Do universo total foi possível incluir no estudo 21 casos.

Resultados: A idade média foi de 63 anos e 48% eram do sexo masculino. 62% dos doentes apresentava um quadro clínico de oclusão intestinal e 38% de subocclusão. Em 73% dos casos a doença era carcinoma coloretal (destes, 52% eram rectais, 19% da transição rectosigmoide e os restantes proximais a esta) e os restantes apresentavam neoplasias extracólicas com compressão/invasão luminal. Todos os doentes apresentavam doença avançada na altura da colocação da PMAE. Em 71% dos doentes foi realizada quimioterapia e/ou radioterapia prévias. Em 48% foi possível franquear a lesão no timing da colocação da prótese (para tal foi usado Gastroscópio extra-fino em 19% dos casos). Foram colocadas 67% de próteses Ultraflex® e 33% de próteses Wallflex®. Foi alcançado sucesso técnico em 100% dos casos e sucesso clínico em 90% (metade dos procedimentos sem sucesso apresentavam estenoses superiores a 9 cm), sendo que a taxa de complicações foi de apenas 4,7% (1 caso de hemorragia)

Conclusões: Na terapêutica paliativa da oclusão maligna do colon a utilização de próteses metálicas auto expansíveis apresenta uma alta taxa de eficácia clínica e técnica com baixa percentagem de complicações o que a torna numa alternativa minimamente invasiva e eficaz em relação à abordagem cirúrgica.

44**EXTRACÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPOS ESTRANHOS DO TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR****Autores**

Ferreira F., Marques M., Rodrigues S., Bastos P., Ribeiro A., Macedo G.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia Hospital de São João

Resumo

Introdução: A ingestão de corpos estranhos é motivo frequente de referenciação à urgência de Gastroenterologia, sendo actualmente a maioria dos casos susceptíveis de remoção endoscópica.

Objectivo: Analisar a ocorrência e tipo de corpos estranhos no tracto digestivo alto e avaliar a eficácia e segurança do tratamento endoscópico.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo incluindo os doentes referenciados à urgência de Gastroenterologia entre Setembro 2006 e Setembro 2009 por suspeita de ingestão de corpo estranho, submetidos a endoscopia digestiva alta (EDA).

Resultados: Foram incluídos 380 doentes com idade média 56,7+17,4 anos e H:M 1,1:1. O corpo estranho mais frequente foi o bólus alimentar

em 44%, seguido pela espinha 26%, osso 17%, objectos metálicos 2,4%, peça dentária 1,8% e outros 2,1%. Em 30 doentes não foi visualizado nenhum corpo estranho na EDA. Os locais de impactação foram: hipofaringe 1,7%, esfíncter esofágico superior 14%, esófago proximal 38%, esófago médio 21,7%, esófago distal 20,9%, estômago 3,7%. A terapêutica endoscópica foi eficaz em 96,1%; nos corpos estranhos penetrantes foi usado overtube na maioria dos casos. Foi necessária em 15 doentes a realização de esofoscopia rígida. Em 62 doentes verificaram-se lesões esofágicas não traumáticas; estas foram mais frequentes nos doentes com impactação alimentar-31% face aos corpos estranhos penetrantes-5,6% ($p < 0,001$). Complicações da ingestão - úlcera/erosão - ocorreram em 84 doentes, sendo mais frequentes quando o corpo estranho estava localizado no cricofaríngeo e esófago proximal ($p 0,017$) e na ingestão de corpos estranhos penetrantes versus impactação alimentar ($p 0,001$). A ocorrência de complicações apresentou ainda relação com o tempo decorrido até realização de EDA ($p < 0,01$). Não ocorreu nenhuma perfuração esofágica.

Conclusões: A extracção de corpos estranhos por EDA é eficaz e segura na generalidade dos casos. As complicações da ingestão de corpo estranho foram mais frequentes com a localização no cricofaríngeo e esófago proximal, corpos estranhos penetrantes, e quando o intervalo até EDA foi superior a 2 dias.

45

FACTORES PREDITIVOS DA MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NUM GRUPO DE DOENTES COM PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, *Serviço de Microbiologia- Centro Hospitalar de Coimbra, EPE-HG

Resumo

Objectivo: Determinar os factores predictivos da mortalidade intra-hospitalar (MIH) em doentes cirróticos admitidos com peritonite bacteriana espontânea (PBE).

Material e Métodos: Análise retrospectiva de 37 cirróticos internados com PBE entre 01/01/2006 e 31/12/2009. Análise estatística com o programa SPSS (versão 18).

Resultados: 37 doentes, 78,4% homens, idade média de 62 ± 13 anos. Cirrose alcoólica: 75,7% dos casos, score médio de Child: $9,6 \pm 2$ e de MELD: $19,2 \pm 7,6$. Apresentaram sintomas 67,6% dos doentes, sendo o agravamento da ascite o sintoma mais frequente (44%). Cultura do LA positiva em 40,5% dos doentes, sendo a *Escherichia coli* o microorganismo mais frequentemente isolado (40%). Agravamento da função

renal durante o internamento 32,4% (12/37) dos doentes. A taxa de MIH cifrou-se em 32,4% (12/37). Na análise univariada dos factores relacionados com a mortalidade, observou-se:

	MIH presente	MIH ausente	valor p
Score Child	10,8±2,0	9,1±1,8	0,018
Score Meld	22,6±8,7	17,4±6,5	0,05
PMN no LA (<1000/>1000/mm ³)	1/11	15/10	0,003
Creatinina sérica (<115/>155mmol/L)	3/9	15/10	0,046
Agravamento da função renal	8/4	4/21	0,006

Na análise multivariada destes factores constatou-se que a contagem de PMN no LA >1000/mm³ e o agravamento da função renal durante o internamento constituíram factores independentes de MIH.

Conclusões: A PBE foi sintomática na maioria dos doentes (67,5%). Apesar do estudo microbiológico ser maioritariamente negativo (59,5%), a *Escherichia coli* foi o agente patogénico mais prevalente (40%). A taxa de MIH foi de 32%. Relacionaram-se com a MIH o score de Child e de MELD, valores de creatinina >115 mmol/L, contagens de PMN no LA >1000/mm³ e o agravamento da função renal durante o internamento, sendo os dois últimos, factores predictivos independentes da MIH.

46

TRATAMENTO COM SORAFENIB NO CARCINOMA HEPATOCELULAR

Autores

Afonso M., Pinto J., Veloso R., Freitas T., Alberto L., Carvalho J., Fraga J.

Instituição

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Resumo

Introdução: O sorafenib foi recentemente aprovado no tratamento do carcinoma hepatocelular (CHC) em estádios avançados, actuando por bloqueio da angiogénese e da proliferação celular. Os autores apresentam 2 casos clínicos de pacientes em tratamento com sorafenib em baixa dose há >1 ano com estabilização e mesmo diminuição de massa tumoral. CASO 1: paciente do sexo masculino, 72 anos de idade, com cirrose hepática a vírus de hepatite C (VHC), genótipo 1b e com virémia elevada ($1,89 \times 10^6$ UI/mL), alfa-fetoproteína - 1392. TAC abdominal - nódulo com 8,5cm de diâmetro no lobo hepático esquerdo sugestivo de CHC. Classificado como estádio C (classificação BCLC) e Child-Pugh A (5 pontos). Inicia sorafenib 800mg/dia, em Agosto de 2008, com necessidade de redução de dose (400mg/dia) por intolerância, mantendo estabilidade clínica. Aos 18 meses de tratamento a TAC abdominal: redução do nódulo para 5cm de diâmetro. CASO 2: paciente do sexo masculino, 75 anos de idade, com diagnóstico de cirrose hepática a VHC, genótipo 1b e elevada virémia (>700.000 UI/mL), desde 2006. Em Março de 2007, verifica-se discreto aumento de alfa-fetoproteína (13,0) e nódulo hepático na ecografia. TAC do abdómen - 2 nódulos de 30 e 21mm; 5 nódulos <20mm,

sugestivos de CHC. RM do abdómen confirmou apenas 5 nódulos sugestivos de CHC multifocal. Classificava-se como estadio C do BCLC e Child-Pugh A (5 pontos). Iniciou tratamento com sorafenib em 02/2009 reduzindo para metade de dose um mês depois por efeito lateral. Desde então estabilidade clínica. Reavaliação imagiológica aos 12 meses: estabilidade tomodensitométrica das lesões hepáticas.

Conclusão: O sorafenib demonstrou nestes 2 casos ser um tratamento paliativo eficaz apesar da dose utilizada ter sido metade da recomendada. A diminuição do tamanho do tumor verificada num dos casos pode abrir novas perspectivas terapêuticas.

47

SÍNDROME DE CAROLI - CASO CLÍNICO

Autores

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

Instituição

Hospital de Santo André, E.P.E.

Resumo

A síndrome de Caroli é uma patologia congénita rara caracterizada por dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos em associação com fibrose hepática congénita. Os autores apresentam um caso clínico e revisão da literatura. Doente do sexo feminino com 32 anos internada em 2005 por quadro de hemorragia digestiva alta (HDA). Negava ingestão medicamentosa, história prévia de hemorragia digestiva, doença hematológica ou hepática, pessoal ou familiar. Sem factores de risco para doença hepática. Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Ao exame físico: anictérica, sem estigmas de doença hepática crónica ou sinais físicos de diátese hemorrágica. Hepatoesplenomegália na observação do abdómen. Analiticamente com: hemoglobina 8,6g/dl, leucócitos e plaquetas sem alterações, ureia 10mmol/L, creatinina, provas de coagulação, albumina e provas hepáticas sem alterações. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou: varizes esofágicas grau II/III nos 2/3 inferiores com sinais vermelhos e hemorragia em jacto, tendo-se procedido a esclerose com álcool absoluto, sem hemorragia no final. A evolução durante o internamento foi favorável. Ecografia abdominal com fígado aumentado e heterogéneo, esplenomegália, veia porta com 14mm de diâmetro sem trombose, repermeabilização das veias para-umbilicais e varicosidades ao nível do hilo hepático. Estudo etiológico para esclarecimento do quadro de hipertensão portal: cinética do ferro, alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina, cobre sérico e urinário normais; serologias para hepatite (A, B e C) bilharziose, shistosomiose, anticorpos (anti-nucleares, anti-musculo liso, anti-mitocondriais) negativos. A biópsia hepática revelou aspectos compatíveis com fibrose hepática congénita. Realizou ressonância magnética hepática e

colangio-ressonância objectivou hepatomegália heterogénea, vias biliares intra e extra-hepáticas de calibre normal evidenciando-se saculações biliares infra-centimétricas mais evidentes no segmento VII e VI, compatível com diagnóstico de Doença de Caroli. Foi integrada em programa de erradicação de varizes esofágicas e vigilância em consulta, tendo apresentado como intercorrências um episódio de HDA por rotura de varizes, em 2007, e quadro de hiperesplenismo, com função hepática preservada.

48

UM CASO DE HIPERTENSÃO PORTAL

Autores

Carvalho R., Gomes D., Gregório C., Gouveia H., Furtado E., Sofia C.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo

A causa mais frequente da hipertensão portal é a cirrose hepática, no entanto, uma variedade de etiologias pode provocar esta condição. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 43 anos, internado em 2003 por rotura de varizes esofágicas, com antecedentes de hábitos etílicos moderados e de doença poliquística renal com acentuada incidência familiar. Constatou-se a presença de ascite moderada com anemia normocrómica, serologias víricas e auto-anticorpos negativos e líquido ascítico com GASA > 1.1 g/dl. ECO-DOPPLER e RMN abdominal revelaram sinais de hepatopatia crónica e trombose extensa das veias porta, esplénica e mesentérica superior. A biópsia hepática mostrou parênquima com conservação da arquitectura sem qualquer grau de fibrose. Em consulta de Hematologia foi excluído a suspeita de uma trombofilia. Uns meses mais tarde foi internado por colite isquémica extensa com gravidade moderada, tendo recuperação rápida. Em 2006 iniciou ascite refractária à terapêutica médica, com necessidade de realização de paracenteses cada vez mais frequentes, que a partir de 2007 se tornaram semanais (+/- 8 litros por sessão). Estudos imagiológicos subsequentes evidenciaram cavernoma da veia porta e trombose das veias mesentérica superior e esplénica, e fígado com características cirróticas, no entanto, duas biopsias posteriores continuaram a confirmar ausência de cirrose. Em 2009 foi submetido a shunt porto-cava latero-lateral e apesar de ter iniciado hemodiálise por agravamento da função renal, houve melhoria clínica significativa, com apenas uma paracentese evacuadora nos últimos seis meses. Este é um caso de hipertensão portal em que persistiu a dúvida quanto à etiologia, hepática (cirrótica) ou pré-hepática (trombose da veia porta), verificando-se discrepância sucessiva entre os resultados imagiológicos e histológicos. Não obstante, a terapêutica cirúrgica teve como resultado uma melhoria franca da qualidade de vida do doente e desaparecimento da ascite.

49

CARACTERIZAÇÃO E PREDIÇÃO DO CONTEÚDO E DISTRIBUIÇÃO DE MASSA GORDA DE SUJEITOS COM DOENÇA DO FÍGADO GORDO NÃO-ALCOÓLICO**Autores**

Pimenta N.¹, Santa-Clara H.¹, Cortez-Pinto H.², Tomás M.T.¹, da Lapa M.¹, Bettencourt Sardinha L.¹

Instituição

¹Faculdade de Motricidade Humana - UTL. ²Serviço de Gastroenterologia, CHLN, Unidade de Nutrição e Metabolismo, Faculdade de Medicina de Lisboa, IMM

Resumo

Introdução: A doença do fígado gordo não alcoólico (DFGNA) associa-se ao excesso de massa gorda corporal (MG) e outras co-morbilidades. A distribuição de MG mais central (predominantemente visceral) e menor actividade física regular parecem ser factores predisponentes.

Objectivo: Comparar conteúdo e distribuição de MG entre sujeitos com DFGNA e sujeitos aparentemente saudáveis. Determinar a condição cardio-respiratória e indicadores clínicos de MG total e regional em sujeitos com DFGNA.

Métodos: A composição corporal de 7 sujeitos com DFGNA, i.e. esteatose na ecografia ou biopsia hepática, após exclusão de outras causas (5 homens, 42±15 anos, e 2 mulheres, 48±19 anos) e 18 adultos aparentemente saudáveis (GC) (8 homens, 36±7 anos, e 10 mulheres, 39±5 anos) foi avaliada por Densitometria por Raio-X de Dupla Energia. Foi realizada a avaliação antropométrica e cardio-respiratória (VO2máx) dos sujeitos com DFGNA.

Resultados: Os sujeitos com DFGNA apresentam maior massa corporal total que GC (87,1±11,0 vs 67,1±8,0 kg, p<0,001), maior IMC (31,3±1,6 vs 24,2±2,3 kg/m², p<0,001), e maior %MG abdominal (37,5±7,3 vs 26,6±8,5 %, p<0,01) e visceral (35,0±6,3 vs 24,4±9,0 %, p<0,01); o VO2máx foi 15% inferior ao máximo esperado (p<0,01). A prega cutânea tricipital foi o indicador antropométrico que melhor se correlacionou com a %MG total (r=0,862, p>0,05), do tronco (r=0,825, p>0,05), abdominal (r=0,843, p>0,05) e visceral (r=0,866, p>0,05). O Perímetro da anca foi o indicador antropométrico melhor correlacionado com a MG total e do tronco (r=0,868, p>0,05 e r=0,900, p<0,01, respectivamente). Os perímetros umbilical (r=0,863, p<0,05) e da cintura (r=0,951, p<0,01) foram os que melhor se correlacionaram com a MG abdominal e visceral, respectivamente.

Conclusões: Estes resultados preliminares indicam um perfil de distribuição de MG predominantemente central, e evidenciam menor capacidade cardio-respiratória em sujeitos com DFGNA. Alguns indicadores antropométricos parecem ter utilidade no contexto da prática clínica.

50

CARCINOMA HEPATOCELULAR DIFUSO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DOENÇA HEPÁTICA**Autores**

Saiote J.; Ramos G.; Raposo A.; Mateus Dias A.; Bentes T.; Redondo I.

Instituição

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de Santo António dos Capuchos- Serviço Gastroenterologia

Resumo

O carcinoma hepatocelular carcinoma (CHC) tipo difuso, é uma forma rara de apresentação do CHC e difícil de diagnosticar pelos métodos utilizados (métodos de imagem e alfa-feto-proteína).

Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 70 anos, internada por dor abdominal no hipocôndrio direito, icterícia e febre com uma semana de evolução. Ao exame objectivo apresentava icterícia mucocutânea, ausência de estigmas de doença hepática crónica e abdómen mole, depressível, indolor, com Murphy vesical negativo. A avaliação laboratorial mostrou quadro leucocitose, PCR elevada, citocolestase, hiperbilirrubinemia predominantemente conjugada, hipoalbuminemia e coagulopatia. Os exames de imagem sugeriram cirrose hepática, hipertensão portal, ausência lesões ocupando espaço, litíase ou ascite. Numa doente de antecedentes pessoais irrelevantes e negado consumo de álcool, fármacos ou substâncias hepatotóxicas, em que serologias virais, estudo imunológico, metabólico, ferro e cobre foram negativos e doseamento de alfa-fetoproteína < 5,8 UI/L. Os exames culturais foram negativos. Durante a evolução houve regressão do quadro algico e agravamento da insuficiência hepática, com instalação de ascite e encefalopatia porto-sistémica.

A biopsia hepática eco-guiada mostrou Carcinoma hepatocelular, padrão trabecular, com áreas pouco diferenciadas e zonas de necrose. A doente veio a falecer com quadro de choque séptico com ponto de partida urinário, apesar da antibioterapia instituída.

51

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA DO ESÓFAGO**Autores**

Cardoso C., Freire R., Mangualde J., Quintana C., Oliveira A.P.

Instituição

Serviço Gastroenterologia - Centro Hospitalar Setúbal

Resumo

Os autores apresentam o caso de um homem de 48 anos com hábitos tabágicos e etílicos acentuados, internado por dor abdominal, icterícia, anorexia e perda ponderal com duas semanas de evolução. Analiticamente documentou-se alteração das provas hepáticas, hiperbilirrubinemia e défice de síntese hepática. A tomografia computadorizada toraco-abdominal revelou fígado aumentado de volume com múltiplos

nódulos coalescentes e adenomegalias mesentéricas, lombo-aórticas e pericárdicas. A biópsia de uma das lesões hepáticas revelou tratar-se de um carcinoma pouco diferenciado. A endoscopia digestiva alta demonstrou úlcera escavada no esôfago, adjacente à transição esofago-gástrica, com aspectos anatomopatológicos idênticos aos da lesão hepática. Durante o internamento verificou-se um rápido agravamento clínico e analítico com instalação de encefalopatia portossistêmica e agravamento da função hepática, tendo ocorrido o óbito ao 11º de internamento por falência multiorgânica. O fígado é um local frequente de metastização de várias neoplasias. Contudo, a insuficiência hepática aguda secundária à infiltração tumoral maciça é uma situação rara e, na maioria dos casos, fatal.

52

CARCINOMA HEPATOCELULAR COMPLICADO DE HIPERCALCÉMIA**Autores**

Cardoso C., Mangualde J., Freire R., Oliveira A.P.

Instituição

Serviço Gastrenterologia - Centro Hospitalar Setúbal

Resumo

Os autores apresentam o caso de um homem de 52 anos, com hábitos etílicos acentuados, internado por quadro de emagrecimento, ascite e icterícia. Na avaliação analítica inicial destacava-se aumento das transaminases, hiperbilirrubinemia, défice de síntese hepática e hipercalcemia acentuada (16mg/dL). O estudo etiológico da hipercalcemia revelou níveis de hormona paratiroideia suprimidos, marcadores tumores normais e ausência imagiológica de metastização óssea. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica mostrou fígado heterogéneo com lesão nodular de limites mal definidos com 5 cm de diâmetro, motivo pelo qual realizou ressonância magnética cujos aspectos foram característicos de carcinoma hepatocelular. Durante o internamento assistiu-se a rápida deterioração clínica e analítica, tendo ocorrido o óbito ao 22º dia. Embora os síndromes paraneoplásicas sejam frequentes no carcinoma hepatocelular, a hipercalcemia é rara, sobretudo na ausência de metastização óssea, associando-se a estadios avançados, com uma sobrevivência média inferior a 30 dias após o diagnóstico.

53

COLANGITE ESCLEROSANTE DE PEQUENOS DUCTOS OU APRESENTAÇÃO INICIAL DE COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA?**Autores**

Ramos A., Sousa A., Velasco F., Sousa D., Guerreiro H.

Instituição

Hospital de Faro - Serviço de Gastrenterologia

Resumo

A colangite esclerosante primária de pequenos ductos (CEPD) é uma patologia pouco frequente, cuja etiologia permanece desconhecida. Alguns autores crêem que seja uma entidade separada e outros, que faça parte do espectro da colangite esclerosante primária (CEP). Sabe-se contudo que pode corresponder a 5% de todos os casos de CEP, e em cerca de 10% dos doentes com diagnóstico inicial de CEPD evoluir para a forma clássica. O prognóstico desta entidade é mais favorável, quando comparado com a CEP e nunca ou raramente se complica de colangiocarcinoma. Os autores apresentam o caso de uma jovem de 33 anos, sem patologia prévia conhecida, que recorreu à nossa consulta de hepatologia por prurido generalizado, com cerca de 6 meses de evolução, sem outra sintomatologia associada. O exame objectivo foi normal. Analiticamente objectivou-se colestase e elevação as aminotransferases; bilirrubina (2,0 g/dL); TP12"/11,5". As serologias para vírus hepatotrofos foram negativas. A electroforese de proteínas não revelou alterações. O estudo da autoimunidade revelou elevação de p-ANCA. A ecografia abdominal não revelou alterações hepatobiliopancreáticas. A Colangio-RMN apenas objectivou discreta dilatação da VBP. Foi realizada CPRE que demonstrou ligeira dilatação da VBP; a citologia foi negativa. A biópsia hepática mostrou aspectos histológicos compatíveis com colangite esclerosante de pequenos ductos (fibrose periductular). Foi realizada sigmoidoscopia que mostrou hiperemia, aspecto granitado da mucosa e perda padrão vascular. A histologia foi compatível com colite ulcerosa. Iniciou-se AUDC 750 mg/dia e colestiramina. Encontra-se clinicamente bem, com melhoria do prurido.

54

EVOLUÇÃO CLÍNICA NUMA SÉRIE DE DOENTES COM HEPATITE C AGUDA**Autores**

Fernandes C.^{1,2}, Valente. D.¹, Pereira S.¹, Pinho R.², Mota M.¹, Carvalho J.²; Fraga J.², Valente J.¹

Instituição

¹S. Medicina Interna; ² S. Gastrenterologia
C.H. V.N. Gaia/Espinho E.P.E.

Resumo

Apesar de habitualmente diagnosticada com cronicidade estabelecida a Hepatite C, em cerca de 16% dos casos, tem apresentação aguda e sintomática para a qual devemos estar atentos.

Os autores apresentam casos clínicos de Hepatite C aguda, e descrevem a evolução.

1. Mulher, 42 anos, promiscuidade sexual; evolução de 3 dias com astenia, anorexia e náuseas, colúria e acolia; icterícia e hepatomegalia; aminotransferase aspartato (TGO) 1064 U/L, aminotransferase alanina (TGP) 1419 U/L, Bilirrubina total (BT) 14,6 mg/dL, vírus hepatite B (HBV) e vírus da imunodeficiência humana (HIV) negativos, Anticorpos

(Ac) Anti- vírus hepatite C (HCV) positivo; PCR HCV 74200 UI/mL; genótipo 3a. Evolução para cura sem tratamento etiológico.

2. Homem, 25 anos, toxicod dependente; evolução de 10 dias com astenia, vômitos, náuseas, acolia e colúria; TGO 391 U/L, TGP 1374 U/L, BT 1,2 mg/dL, HBV e HIV negativos, Ac anti-HCV positivo; PCR HCV 93900 UI/mL; genótipo 3a; ecografia abdominal - esteatose. Por PCR positivo às 12 semanas, realizou tratamento etiológico. Aguarda resposta virológica sustentada.

3. Mulher, 38 anos, evolução de 8 dias de astenia, dor abdominal e vômitos; TGO 2668 U/L, TGP 3268 U/L, BT 15 mg/dL, HIV e HBV negativos, Ac anti-HCV positivo; PCR HCV 5260 UI/mL; ecografia abdominal - hepatomegalia; genótipo indeterminado; evolução para cura sem tratamento etiológico.

4. Mulher, 38 anos, toxicod dependente, doença bipolar, evolução de 5 dias com astenia, náuseas e vômitos; TGO 345 U/L; TGP 516 U/L, HIV e HBV negativos, Ac anti-HCV positivo; PCR HCV > 700000 UI/L; genótipo 1a; biopsia hepática - hepatite crônica com actividade ligeira; evolução para cronicidade - sem tratamento etiológico pela patologia psiquiátrica.

Esta amostra refere-se aos últimos 5 anos. O quadro inflamatório exuberante que condicionou a apresentação aguda poderá justificar evolução para cura em 50% dos casos - valor superior ao descrito na literatura.

55

A IMPORTÂNCIA DA CULTURA DE LÍQUIDO ASCÍTICO NA SUSPEITA DE PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA

Autores

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

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, *Serviço de Microbiologia-Centro Hospitalar de Coimbra

Resumo

Objectivos: 1. Caracterização das variantes da peritonite bacteriana espontânea (PBE) 2. Avaliar a implicação na prática clínica do resultado das culturas do líquido ascítico (LA).

Material e Métodos: Análise retrospectiva das amostras de cultura de LA colhidas em doentes cirróticos entre Jan-2006 e Jan-2010. Excluídas amostras com contagem de PMN no LA < 250/mm³ e cultura negativa. Avaliados: contagem diferencial de células do LA, resultado da culturas, antibiótico (ATB) empírico e alteração de ATB.

Resultados: 43 amostras efectuadas em 38 doentes, 81,4% homens, idade média de 61,4 ± 12,9A. Cirrose alcoólica: 76,7%, classe C de Child: 48,8% dos doentes. Ascite neutrocítica com cultura negativa: 22/43

(51,2%). Identificados 21 microorganismos, 5 dos quais eram contaminantes. Das restantes 16 culturas positivas, registaram-se 11 PBE clássica e 5 bacteriascites monomicrobianas não neutrocíticas. A *Escherichia coli* foi o microorganismo mais frequentemente isolado (56,3%). ATB empíricos mais usados: cefotaxime (74,4%) e ciprofloxacina (7%); duração média de 5,3 ± 2,8 dias. Sensibilidade ao ATB empírico: Alterado o ATB empírico: 4/5 microorganismos resistentes (1 não realizado por morte do doente).

		PBE clássica (n=11)	Bacteriascites (n=5)
Sensibilidade ao ATB empírico	Sensível	5	1
	Resistente	3	2
	Não testada	2	2

Conclusões: A cultura de LA identificou o agente patogénico em 32,7% (16/43) dos casos e documentou uma taxa de resistência ao ATB empírico de 31,6% (5/16). A resistência de 40% (2/5) observada na bacteriascites questiona a segurança da alta hospitalar, previamente ao resultado das culturas, nos casos de PMN < 250/mm³ no LA.

56

RABDOMIÓLISE E ATINGIMENTO HEPÁTICO GRAVE EM CONSUMIDOR DE COCAÍNA

Autores

Rodrigues S., Artur Paiva J., Lopes J., Carneiro F., Alexandre Sarmento J.

Instituição

Hospital São João - Porto

Resumo

A cocaína é um estimulante e anestésico local com potentes propriedades vasoconstritoras. Tem vindo a ser utilizado com fins recreacionais, com consumos crescentes e mais generalizados. O seu uso pode resultar em convulsões, hemorragias subaracnoideias, ou efeitos cardíacos directos nomeadamente enfarte de miocárdio. As manifestações mais graves da intoxicação são rabdomiólise com insuficiência renal, coagulação intravascular disseminada e isquemia intestinal. Embora a hepatotoxicidade a cocaína tenha sido descrita com frequência em animais, existem poucos casos de hepatotoxicidade em humanos descritos na literatura.

Caso clínico: MFGS, sexo masculino, 43 anos, professor do ensino secundário, recorreu ao Serviço de Urgência enviado pelo médico assistente por astenia acentuada, náuseas e vômitos, anorexia, mialgias, anemia e icterícia. Tinha iniciado três meses antes tratamento de quadro depressivo grave após processo de divórcio recente, com recidiva de consumo de cocaína inalada, muito intensa, nos últimos dois meses. Tinha antecedentes de consumo de heroína inalada, cocaína e haxixe, desde os 35 anos associado a consumo de álcool mais pronun-

ciado e persistente nos últimos seis meses. Ao exame objectivo apresentava-se icterício (pele e mucosas) com hepatomegalia (2 cm) sem estigmas de doença hepática crónica. Analiticamente à entrada: Hemoglobina: 9,8g/dL; Plaquetas: 40.000/L; Creatinina: 28mg/L; CK: 2888UI/L; ALT: 4902UI/L/AST-9800UI/L/□GT-94UI/L/BT-29mg/L; Albumina: 32g/L TQuick: 39 segundos. Pesquisa de álcool, opiáceos, benzodiazepinas negativa e cocaína fortemente positiva, HIV-check negativo, Ag HBs negativo, Atc HBs 25.5, Atc HBc negativo e anti VHC negativo. Ao 3º dia de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes de Urgência (UCIPU) foi feita biópsia hepática que demonstrou: lesões de necrose hemorrágica extensas e confluentes que envolvem zonas acinares 3 e 2 com lesões de microesteatose e nos espaços porta observa-se muito escasso infiltrado inflamatório. Apresentou ligeira melhoria da insuficiência renal (Creatinina: 18mg/L) sem recuperação da insuficiência hepática, tendo ao quinto dia de internamento falecido por falência multiorgânica.

57

SÍNDROME DE ZIEVE**Autores**

Rodrigues S., Silva I., Hryshkina S., Lopes J., Carneiro F., Lopes S., Macedo G.

Instituição

Hospital São João - Porto

Resumo

MFSM, sexo feminino, 45 anos, com antecedentes de diabetes mellitus insulino-tratada, alcoolismo crónico (>60g/dia), hepatopatia crónica seguida em consultas de Psiquiatria e Medicina Interna, respectivamente, foi encaminhada pelo médico assistente ao Serviço de Urgência por astenia, prurido, colúria, icterícia, vômitos e diarreia com duas semanas de evolução. Analiticamente à entrada: Hb: 10,6; Pla: 58.000; AST/ALT 188/85; □GT: 6614; FA: 567; BT/BD: 195/91; estudo de coagulação normal. Ecografia abdominal revelou hepatomegalia compatível com hepatopatia crónica, sem dilatação das vias biliares. Marcadores víricos, tumorais e imunológicos negativos e pesquisa dos genes HFE: homocigoto normal. Apresentou uma descida progressiva da hemoglobina no 9º dia de internamento (6,7g/dL N/N, com Prova Coombs directa positiva e esféricitos no esfregaço) tendo sido transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM). Pedido perfil lipídico marcadamente elevado: Col T: 1064 mg/dL, Trig: 9014 mg/dL com Apolipoproteinemia 414mg/dL. Efetuou-se biópsia hepática que revelou lesões compatíveis com hepatopatia crónica em evolução cirrótica de provável etiologia alcoólica com lesões de colestase associado a esteatose macrovesicular com pesquisa de cobre negativa. Despiste de varizes esofágicas na endoscopia digestiva alta foi negativo. A doente teve alta ao 24º dia com melhoria clínica e analítica progressiva (AST/ALT/□GT/FA/BT: 56/56/1508/30/45).

Síndrome de Zieve é uma entidade rara descrita em 1958 que ocorre tipicamente em homens na quarta década de idade com história de consumo excessivo de álcool com fígado gordo alcoólico. Classicamente, o diagnóstico é feito perante um doente com hábitos etílicos pesados associado a icterícia, hiperlipidemia grave e anemia hemolítica. O tratamento inclui abstinência e assemelha-se à terapêutica da hepatite aguda alcoólica.

58

PANCREATITE AGUDA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**Autores**

Ramos R., Branco V., Dominguez A., Castelo-Branco M.

Instituição

Centro Hospitalar Cova da Beira

Resumo

Introdução: A pancreatite aguda (PA) grave com internamento em cuidados intensivos tem uma elevada mortalidade hospitalar apesar da monitorização e suporte de órgãos.

Objectivo: caracterizar os doentes com diagnóstico de PA internados num Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com PA internados no SMI entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2009.

Resultados: Incluídos 22 doentes (1,8% dos internamentos), destes 12 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Idade média de 65,7 + 16,3 (extremos 31-89) anos. A maioria (63%) dos doentes foi admitida por transferência de Serviços de internamento. O valor médio de amilase no momento do diagnóstico foi de 1088 U/L. A pontuação média do índice de Ranson foi de 5,3 pontos (min 2 - max 7) e de APACHE II foi de 21,9 pontos. A etiologia foi litiásica em 68,2%, seguida de alcoólica em 22,7%. Identificou-se abscesso em 45% e pseudoquisto em 22,7 % dos doentes. A insuficiência respiratória foi a complicação sistémica mais frequente, identificada em 81,8 % dos doentes, sendo necessária ventilação mecânica em 80%. Necessidade de suporte vasopressor em 65% e de substituição renal em 20%. SOFA máximo médio de 8,7. A antibioticoprofilaxia foi instituída em 72,7 % dos casos, predominantemente com carbapenemes (75%). Foram submetidos a cirurgia 31,8 % dos doentes. Procedimentos de drenagem sob controlo de imagem em 15%. Mediana de internamento de 13,8 dias. Taxa de mortalidade de 27,2 %. Reinternamento em 10% dos doentes. Falência multiorgânica e sépsis foram as principais causas de morte.

Conclusão: Doentes admitidos com elevadas pontuações de APACHE e Ranson. Elevada prevalência da pancreatite litiásica. A taxa de mortalidade da pancreatite aguda no SMI foi elevada, mas proporcional à esperada pelos índices de gravidade e prognóstico. Elevada utilização de profilaxia antimicrobiana e recurso a cirurgia.

59

COLANGITE "À CAÇADOR"

Autores

Gonçalves A., Barreiro P., Barjas E., Valente A., Maldonado R., Palma R., Távora I., Alexandrino P., Velosa J.

Instituição

Serviço de Gastroenterologia, Serviço de Imagiologia, CHLN - Hospital de Santa Maria, Serviço de Gastroenterologia, CHLO - Hospital Egas Moniz.

Resumo

Introdução: O "sump syndrome" designa o quadro clínico específico dos doentes submetidos a anastomose biliodigestiva como a coledocoduodenostomia, que se apresentam com quadro de colangite/colestase por acumulação de detritos alimentares e biliares no colédoco remanescente pós-anastomótico. É uma complicação tardia com incidência estimada de **2,8 a 4,7%** nos doentes submetidos a anastomoses bilio-digestivas, ainda que pouco reconhecida por muitos. A CPRE tem permitido cada vez mais o diagnóstico e resolução não cirúrgica desta patologia.

Apresentamos o caso invulgar de um doente do sexo masculino, de 69 anos, submetido 10 anos antes a colecistectomia (COT) por litíase biliar. Apresentava desde então quadro intermitente de alteração das provas hepáticas com padrão colestático recorrente e vários episódios de colangite. A primeira CPRE realizada 6 anos após COT tinha excluído presença de litíase residual. É admitido no nosso serviço por quadro clínico compatível com colangite, destacando-se AST 354 U/dL ALT 545U/dL BILT 8,3mg/dL GGT 694 U/dL. Ecografia abdominal mostrava ligeira dilatação da VBP e VBIHs. Foi submetido a CPRE que mostrou **múltiplos corpos estranhos arredondados de densidade metálica na VBP** e passagem de contraste da VBP para duodeno. TC abdominal realizada no mesmo dia excluiu perfuração, mostrando existência de anastomose bilio-digestiva previamente não conhecida. Foi submetido a nova CPRE, que confirmou presença de **coledocoduodenostomia**. Optou-se por realizar ETE e remoção da via biliar infra-anastomótica de **detritos e os corpos estranhos metálicos compatíveis com chumbos de caça**, registando-se posterior boa evolução clínica e analítica. O caso é representativo do "sump syndrome", com a particularidade invulgar da acumulação de chumbos de caça deglutidos no colédoco remanescente pós anastomótico. Tal como descrito na literatura, a ETE é actualmente a opção terapêutica mais adequada. Apresentamos iconografia.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO NO GE-JORNAL PORTUGUÊS DE GASTROENTEROLOGIA (Normas revistas e actualizadas em 9 Maio de 2010)



1. OBJECTIVOS E ÂMBITO

O GE-Jornal Português de Gastroenterologia é o órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado.

O GE-Jornal Português de Gastroenterologia publica artigos originais sobre todos os temas da Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia, ou com eles relacionados. São também publicados artigos de revisão, casos clínicos, imagens, cartas ao editor e outros que se incluam na estrutura editorial da revista (recomendações, artigos sobre a prática clínica gastroenterológica, notícias de reuniões de sociedades científicas, por ex).

Os artigos devem preferencialmente ser redigidos em inglês. Os artigos em língua portuguesa também podem ser submetidos a apreciação.

2. NORMAS GERAIS

Os manuscritos submetidos para publicação deverão ser preparados de acordo com os "Requisitos Uniformes para Apresentação de Manuscritos a Revistas Biomédicas" elaborados pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas e actualizada em Outubro de 2008 e disponível em www.ICMJE.org [N Engl J Med 1991; 324: 424-428].

Os artigos aceites para publicação passarão a ser propriedade da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, não podendo ser reproduzidos, no todo ou em parte, sem autorização por escrito do Corpo Editorial da Revista.

A aceitação dos originais enviados para publicação será feita após apreciação por elementos do Conselho Científico, cujos pareceres serão sempre comunicados aos autores. Estes disporão de um período de um mês para propor eventuais modificações. Os manuscritos recebidos que não estejam de acordo com as normas definidas serão devolvidos aos autores sem serem revistos.

Os originais devem ser enviados, acompanhados da declaração de originalidade e de cedência dos direitos de propriedade

3. TIPOS DE PUBLICAÇÃO

O GE-Jornal Português de Gastroenterologia aceita os seguintes tipos de publicação:

- a) artigos originais, de investigação clínica ou básica
- b) artigos de revisão (incluindo revisões sistemáticas e meta-análises) de temas clínicos ou de ciência básica
- c) casos clínicos
- d) editoriais, escritos a convite do Editor e consistindo num comentário a artigos publicados na revista ou a um assunto considerado de especial relevância
- e) carta ao Editor, consistindo em opiniões concisas sobre artigos recentemente publicados
- f) Imagens em Gastroenterologia e Hepatologia
- g) Instantâneos Endoscópicos
- h) Normas de orientação (guidelines)

4. SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Instruções aos Autores

Todos os manuscritos que não estejam em conformidade com as instruções que se seguem podem ser enviados para modificações de acordo com as normas, antes de serem revistos pelos membros do Conselho Científico.

4.1. Apenas serão considerados para publicação os manuscritos submetidos por via electrónica através do seguinte endereço electrónico: gejornal@mail.telepac.pt.

4.2. Os manuscritos deverão ser preparados obedecendo à seguinte ordem:

- a) Carta de apresentação

b) Minuta da carta de submissão a enviar ao Editor, digitalizada, para o E-mail gejornal@mail.telepac.pt:

Editor

GE-Jornal Português de Gastroenterologia

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____, (Ref.ª GE ___/10) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum copyright e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os autores têm direito ao copyright.

Todos os autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os autores, ao submeterem o trabalho para publicação, transferem para o GE-Jornal Português de Gastroenterologia todos os direitos de copyright do artigo.

Todos os autores devem assinar

Data: ___/___/20___

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

Deverá ser dirigida ao Editor, incluindo: um curto resumo, a razão pela qual os autores entendem que o artigo merece ser publicado, afirmação de que o artigo não foi publicado ou simultaneamente submetido para publicação em nenhuma outra revista

Todos os autores devem assim discriminar que concordam com o conteúdo do artigo, qual a contribuição de cada um e referência a eventuais conflitos de interesse.

c) Página do título

I. Título

Em Português e Inglês, deverá ser conciso, não conter abreviaturas e não ultrapassar os 120 caracteres. Poderá englobar um subtítulo com um máximo de 40 com espaços.

II. Autores

A identificação dos autores deve ser feita com a(s) inicial(is) do(s) primeiro(s) nome(s) e com o apelido. Deverá ser feita a identificação completa do Serviço, Departamento ou instituição onde o trabalho foi realizado.

III. Patrocínios

Deverão ser referidas todas as entidades que patrocinaram o trabalho.

IV. Correspondência

Referir o nome, endereço, telefone, fax e endereço de correio electrónico do autor a quem deverá ser enviada a correspondência.

d) Resumo e palavras-chave

Os resumos são redigidos em português e inglês, não devendo ultrapassar as 350 palavras no caso de trabalhos originais. Devem ser organizados segundo os seguintes itens: Introdução, Objectivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Não devem conter abreviaturas, referências ou notas em rodapé.

Caso se trate de um caso clínico, o resumo não pode ultrapassar 180 palavras.

No final do resumo deverão constar um máximo de 5 palavras-chave, utilizando a terminologia que consta na lista do Index Medicus: "Medical Subject Headings (MeSH).

e) Texto

O texto deve ser enviado em formato digital (e-mail), a dois espaços, com letra 12 e com margens não inferiores a 2,5 cm, em Word para Windows. Todas as páginas devem ser numeradas.

Nos artigos originais deverá incluir as seguintes secções: introdução, material e métodos, resultados e discussão. Nos casos clínicos deverá incluir as seguintes secções: introdução, caso clínico e discussão. Os artigos originais não deverão exceder as 4.000 palavras.

Deverá incluir referência a aprovação pela Comissão de Ética da Instituição. Todos os fármacos deverão ser referidas pelo seu nome genérico, sendo eventuais referências a nomes comerciais acompanhadas do nome, cidade e país do fabricante, feitas em rodapé. As abreviaturas, que são desaconselhadas, deverão ser especificadas aquando da primeira utilização. Os parâmetros utilizados deverão ser expressos em Unidades Internacionais, com indicação dos valores normais. A identificação das figuras e dos quadros deverá ser feita em numeração árabe pela sequência da citação no texto.

Os Editoriais serão solicitados por convite pelo Editor. O texto dos editoriais não deve exceder as 1500 palavras, um máximo de 20 referências. Pode incluir, 1 quadro e 1 figura. O espaço entre linhas deverá ser duplo.

As cartas ao editor devem consistir num comentário crítico a um artigo da revista ou uma pequena nota sobre um tema ou um caso clínico. Não devem exceder o limite de 600 palavras, podem conter uma figura ou um quadro, e um máximo de 10 referências bibliográficas.

Os artigos de revisão serão preferencialmente solicitados pelo Editor. No entanto, os autores interessados em publicar um artigo de revisão, podem contactar o Editor para discussão dos temas a abordar. O artigo de revisão não deve exceder as 4.000 palavras, 6 tabelas e/ou figuras e 100 referências.

f) Referências

Os artigos deverão ser referenciados em numeração árabe, por ordem de aparecimento no texto. Nos artigos originais ou de revisão não há limite preestabelecido de referências; nos casos clínicos não deverá ultrapassar as 25. As referências de comunicações pessoais e de dados não publicados serão feitas directamente no texto, não sendo numeradas. As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as usadas pelo Index Medicus (Pub-Med, Medline)

Revistas: relação de todos os autores se não ultrapassar os seis ou dos três primeiros seguido de et al., título do artigo e identificação da revista (nome, ano, volume e páginas). Ex: Johnson CD, Ahlquist DA. Computed tomography colonography (virtual colonoscopy): a new method for colorectal screening. Gut 1997; 112: 24-28.

Livros: Nome(s) do(s) autor(es), título, cidade e nome da editora, ano de publicação e página. Ex: Sherlock S. Diseases of the liver and biliary system. 9th edition. London: Blackwell Scientific Publications; 1989. p.145.

Artigos em livro: Nome(s) e iniciais do(s) autor(es) do artigo (ou capítulo); título ou número do artigo ou capítulo, nomes e iniciais dos editores, título do livro, cidade e nome da casa editora, número de edição, ano de publicação, primeira e última página do artigo. Ex: Hotz J, Goebell H. Epidemiology and pathogenesis of gastric Carcinoma. In: Hotz J, Meyer HJ, Schmoll HJ, eds. Gastric carcinoma. Classification, diagnosis and therapy. 1st edition. New York: Springer-Verlag; 1989. p. 3-15.

g) Legendas

As legendas deverão ser numeradas em algarismos árabes pela sequência da citação no texto (ex: quadro 1, figura 1), e deverão fornecer a informação suficiente para permitir a sua interpretação sem necessidade de consulta do texto.

h) Quadros

Os quadros deverão ser numerados em algarismos árabes pela sequência da citação no texto. Não deverão ser incluídos no "texto", mas sim enviados em páginas separadas, identificados pelo número e título centrado acima da tabela. Na parte inferior serão colocadas as notas informativas (abreviaturas, significado estatístico, etc.). Nos quadros devem ser evitados os traços verticais e traços horizontais, estes devem servir apenas como separadores de títulos e subtítulos.

i) Figuras

As figuras deverão ser numeradas em algarismos árabes pela sequência da citação no texto. Não deverão ser incluídas no "texto", mas sim enviadas em páginas separadas. A sua identificação será feita através do número e do título da figura.

j) Agradecimentos

Deverão ser colocadas no final do artigo.

5. REVISÃO

No caso da aceitação do artigo ser condicionada a modificações, estas deverão ser feitas pelos Autores no prazo de 1 mês.

As provas tipográficas serão revistas pelos autores. Será claramente especificado o prazo para devolução das provas revistas. O não cumprimento do prazo implica a aceitação pelos autores da revisão das provas efectuada pelos serviços da Revista.

NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO DE "IMAGENS EM GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA"

Esta secção do Jornal Português de Gastroenterologia (GE) destina-se à publicação de imagens (clínicas, radiológicas, histológicas, cirúrgicas) relacionadas com casos gastroenterológicos ou hepatológicos. Proceder-se-á à publicação de um caso por número do GE. A apresentação para publicação deve respeitar as seguintes normas:

1. Página do Título: título, autores até um máximo de três, Serviço e Instituição. O título não deve conter mais de oito palavras;

2. As imagens deverão ser de elevada qualidade, com valor didáctico. Poderão ser a cores ou a preto e branco. Serão publicadas até um máximo de quatro figuras. As legendas deverão ser curtas e informativas. Deverão ser colocados setas ou outros símbolos, se necessários, para melhor compreensão das imagens.

3. Texto até 500 palavras, sem quadros ou gráficos. O texto deve incluir uma curta história clínica e, caso se justifique, dados relevantes ao exame objectivo, exames laboratoriais e evolução clínica.

4. Poderão ser incluídas até cinco referências em página própria seguindo a ordem de citação no texto e com as regras do GE.

5. Em página separada, deve ser referido o autor para correspondência, endereço, telefone, Fax e e-mail.

NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO DE "INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS"

Esta Secção do "GE - Jornal Português de Gastroenterologia", denominada "Instantâneos Endoscópicos", destina-se à publicação de casos raros, didácticos ou de novas técnicas em Endoscopia Digestiva. A apresentação para publicação deverá respeitar as seguintes normas:

1. Página do Título: Autores, Serviço e Instituição.

2. O texto não deve ultrapassar as 500 palavras.

3. Até três figuras, com pequenas legendas; as figuras referidas podem ser a cores.

4. Até cinco referências bibliográficas, em página própria, seguindo a ordem de citação no texto e de acordo com as regras estabelecidas para a bibliografia acima expressas.

5. Em página separada, deverá ser referido o autor para correspondência e seu endereço.

viread
tenofovir disoproxil (como fumarato) 245 mg

Um tratamento simples para a hepatite B crónica¹

Um vírus.  Uma vida. Um VIREAD.

VIREAD – INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO E FORMA FARMACÉUTICA: Viread 245 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido revestido por película contém 245 mg de tenofovir disoproxil (como fumarato), equivalente a 300 mg de tenofovir disoproxil fumarato ou 136 mg de tenofovir e 153,33 mg de lactose mono-hidratada. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Viread está indicado para o tratamento da hepatite B crónica em adultos. **POSOLÓGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Adultos: 1 comprimido tomado uma vez por dia, por via oral, com alimentos. Crianças e Adolescentes: Não é recomendado. Idosos: Não existem dados disponíveis que possibilitem uma recomendação da dose para doentes com mais de 65 anos de idade. **Inutilidade renal:** São recomendados ajustes no intervalo entre tomas para doentes com depuração da creatinina <50 ml/min – Consultar RCM. Não pode ser dada qualquer recomendação sobre a dose para doentes com depuração da creatinina <10 ml/min não submetidos a hemodiálise. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Deverá ser proposto um teste de anticorpos para VIH a todos os doentes infectados pela VHB antes de se iniciar a terapia com tenofovir disoproxil fumarato. Terão de continuar a ser utilizadas as precauções adequadas para prevenir o risco de transmissão de VIH ou VHB a outros, através de contacto sexual ou contaminação com sangue. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose,

deficiência em lactase de Lapp, ou má absorção de glucose-galactose não devem tomar Viread. **Terapêutica tripla com análogos nucleosídicos/nucleotídicos:** Renal: Recomenda-se que a depuração da creatinina seja calculada antes do início da terapêutica com tenofovir disoproxil fumarato e que a função renal (depuração da creatinina e fosfato sérico) seja também monitorizada a cada quatro semanas, durante o primeiro ano, e depois a cada três meses. Em doentes com uma depuração da creatinina < 50 ml/min, incluindo doentes hemodializados só deve ser utilizado se os benefícios potenciais do tratamento superarem os riscos potenciais. Não é recomendado o uso de tenofovir em doentes com compromisso renal grave (depuração da creatinina < 30 ml/min). Não se recomenda o uso concomitante de medicamentos que são secretados pela mesma via renal. **Exacerbações durante o tratamento e Exacerbações após interrupção do tratamento:** Consultar o RCM para recomendações adicionais relativamente à monitorização e controlo. Os doentes com disfunção hepática preexistente devem ser monitorizados de acordo com a prática clínica podendo ser considerada a paragem ou interrupção do tratamento. **Outras:** Acidose lática; Consultar o RCM para recomendações adicionais relativamente à monitorização e controlo. Lipodistrofia; Disfunção mitocondrial; Síndrome de Reativação Imunológica; Osteonecrose. **INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS FORMAS DE INTERACÇÃO:** Viread não deve ser administrado com quaisquer outros medicamentos contendo tenofovir disoproxil fumarato (Truvada ou Atripla) ou com adfovir dipivoxil. **Có-administração de ou pouco tempo após a utilização de:** didanosina, didotof, aminoglicosídeos, anfotericina B,

foscarnet, ganciclovir, pentamidina, vancomicina, interleucina-2, tacrolimus, atazanavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir ou Darunavir/ritonavir. Consultar o RCM para mais informações relativamente a interacções medicamentosas e outras formas de interacção. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Frequentes (≥ 1/100, < 1/10): cefaleias, diarreia, vômitos, dor abdominal, náuseas, distensão, elevação da ALT, fadiga. **Experiência pós-comercialização:** Raros (≥ 1/10.000, < 1/1.000): acidose lática, pancreatite, elevação das transaminases, erupção cutânea, insuficiência renal aguda, tubulopatia renal proximal (incluindo síndrome de Fanconi), aumento da creatinina. **Muito raros (< 1/10.000):** dispneia, hepatite, necrose tubular aguda, astenia. **Desconhecidos:** hipocalcémia*, esteatose hepática, miopatia*, rabdomiólise*, osteomalácia* (manifestada como dores ósseas e contribuindo infrequentemente para fracturas), fraqueza muscular*, nefrite (incluindo nefrite intersticial aguda), diabetes insípida nefrogénica. *Na ausência de tubulopatia renal proximal, não se considera que estes acontecimentos tenham uma relação causal com o tenofovir disoproxil fumarato. Consultar o RCM para mais informações relativamente a efeitos adversos. **CONSULTAR O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO ANTES DE PRESCREVER E SEMPRE QUE NECESSITE DE INFORMAÇÕES RELATIVAMENTE A EFEITOS ADVERSOS E CONTRA-INDICAÇÕES.** Data do revisão das informações essenciais compatíveis com RCM: Outubro 2008. PARA MAIS INFORMAÇÕES DEVERÁ CONTACTAR O TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO.

Gilead Sciences, Lda, Campo Grande, 28 - 7.º A - 1700-093 Lisboa - Portugal - Tel. 21 792 87 90 - Fax. 21 792 87 99
Informação médica através de N.º Verde (800 207 489) e de departamento.medico@gilead.com

Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados.

1. VIREAD, Resumo das Características do Medicamento, Setembro de 2008.
P748V02/2009-02

 **GILEAD**
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Os especialistas na OBSTIPAÇÃO...^(1,2)



**O laxante
com muita fibra**

**100%
Fibra Terapêutica**

Plantago ovata + Senosidos do Sene

Plantago ovata

Denominação do Medicamento: Agiolax. **Composição:** 1 colher de chá cheia contém: Sementes de *Plantago ovata* 2,60 g, Mucilagem de Ispaghula 0,11g, Frutos secos do sene 0,34-0,66g (normalizados em termos de 15mg de senosídeos). **Forma farmacéutica:** Granulado. **Indicações terapêuticas:** Obstipação, quando se pretenda defecação com fezes moles (ex.: fissuras anais, hemorroidas) e após cirurgia abdominal, anal ou rectal. **Posologia e modo de administração:** Dose individual: a menor para produzir fezes moles. Após administração de medicamentos, aguardar ½ - 1h antes de tomar Agiolax. Adultos, crianças com mais de 10 anos e idosos: 1 colher de chá de Agiolax, após o jantar e, se necessário, também antes do pequeno-almoço. Como medida de preparação para exames radiológicos e endoscópicos: 3-6 colheres de chá de Agiolax, em dose única, 1 dia antes do exame. Tomar, sem mastigar, com cerca de 250ml de líquido. **Contra-indicações:** Obstrução intestinal, estenose, atonia, doenças inflamatórias do cólon (ex.: doença de Crohn, colite ulcerosa), apendicite, dores abdominais de etiologia desconhecida, menores de 10 anos de idade e na diabetes de difícil controlo com insulina. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Não administrar se houver sintomas abdominais agudos ou persistentes. Se tiver de ser administrado diariamente, determinar a causa da obstipação. Evitar administrações prolongadas – se superiores a 2 semanas exigem vigilância médica. O uso crónico pode causar pigmentação do cólon (pseudomelanose), intolerância e reversível após suspensão do fármaco. O uso incorrecto, com diarreia, poderá causar dependência, com possível necessidade de aumento da dose, desequilíbrio electrolítico (sobretudo hipocalcémia), atonia e disfunção do cólon. A hipocalcémia pode resultar em disfunção cardíaca e neuromuscular, em especial se há administração concomitante de glicosídeos, diuréticos ou corticosteróides. O uso de laxantes contendo antranóides, se exceder um curto período, poderá agravar a obstipação e, se crónico, resultar em albuminúria e hematuria. Doentes com problemas hereditários de intolerância à frutose, malabsorção de glucose-galactose ou insuficiência de sacarase-isomaltase não devem tomar Agiolax. **Interacções:** A hipocalcémia potencia a acção dos glicosídeos cardíacos e interage com os fármacos anti-arrítmicos, com fármacos que induzem a reversão a ritmo sinusal (ex.: quinidina). O uso concomitante de outros fármacos indutores de hipocalcémia (ex.: diuréticos tiazídicos, adreno-corticóides, raiz de alcaçuz), pode fomentar o desequilíbrio electrolítico. A absorção entérica de preparados administrados em concomitância pode ser retardada. A administração em doentes diabéticos insulino-dependentes, pode exigir uma redução da dose de insulina. **Efeitos indesejáveis:** Espasmos e dores abdominais, em particular nos doentes com cólon irritável; coloração amarela ou castanha avermelhada da urina, clinicamente não significativa. Reacções de hipersensibilidade ao componente *Plantago* em casos isolados. **IECRM aprovada a 09-07-2008. Medicamento Não Sujeito a Receita Médica. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.**

DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: AGIOCUR Granulado. **COMPOSIÇÃO:** 100 g de granulado contém: Sementes de *Plantago ovata* 65,0g, Tegumentos de Ispaghula 2,2g. Contém sacarose. **FORMA FARMACÉUTICA:** Granulado. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Tratamento das alterações do trânsito intestinal; regulação da consistência fecal em situações como: colostomias, diverticulose, cólon irritável, doença de Crohn, e sempre que se deva evitar um esforço excessivo na evacuação, após cirurgia ano-rectal, hemorroidas, fissuras anais, abscessos perianais, obstipação crónica, pós-operatória e na gravidez. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Adultos: 2 colheres de chá de AGIOCUR após o jantar (pelo menos 1h antes do jantar) e, se necessário, 1 colher de chá antes do pequeno-almoço. Crianças com idade > 12 anos: ½ colher de chá de AGIOCUR após o jantar e, se necessário, 1 colher de chá antes do pequeno-almoço. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade às substâncias activas ou aos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Terapêutica com inibidores da motilidade intestinal particularmente anti-diarreicas (ex.: cloridrato de loperamida e derivados opiáceos); diabetes mellitus de difícil controlo. Não tomar imediatamente antes do deitar. Evitar uso em doentes com problemas de deglutição. Devido ao teor de sacarose (5 g de AGIOCUR contém aproximadamente 0,9 g de sacarose), não usar em doentes com intolerância à frutose hereditária, síndrome de mal-absorção de glucose-galactose ou deficiência em sucrase-isomaltase. Se o doente sofrer de intolerância à sacarose e tiver tomado inadvertidamente AGIOCUR pará-lo de imediato e consultar o médico. Se os sintomas persistirem, fazer avaliação médica. **INTERACÇÕES:** AGIOCUR pode atrasar ou reduzir a absorção de outros fármacos coadministrados (p. ex.: ferro e lítio) – tomar ½ - 1h antes ou após a administração de outros medicamentos. Em diabéticos insulino-dependentes pode ter de se reduzir a dose de insulina. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Nos primeiros dias de tratamento, poderão surgir flatulência e distensão abdominal que desaparecem com a continuação do tratamento. Raras reacções de hipersensibilidade ao medicamento. **IECRM aprovada a 21-07-2008. Medicamento Não Sujeito a Receita Médica. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.**

Referências: (1) RCM Agiolax® aprovado em 19.06.2006. (2) RCM Agiocur® aprovado em 27-02-2007.

ROTTAPHARM
Laboratórios Delta, Lda.

MADAUS

LINHA VERDE FARMACOVIGILÂNCIA 800 205 478

E-mail: farmacovigilancia@laboratoriosdelta.pt

LABORATÓRIOS DELTA, Lda. • Rua Direita de Massamá, 148 • 2745-751 MASSAMÁ
Telefone: 214 308 300 • Fax: 214 308 307 • www.delta.pt
Contribuinte Nº 500 802 360 • Sociedade por quotas • Capital Social € 500.000 •
Matric. na Conserv. do Registo Comercial de Sintra sob o Nº 2317 IIs 192 L.º C - 6
NEO-FARMACÉUTICA, SA. • Avenida D. João II, Lote 1.02 2.1 D - 2ª • 1990-090 LISBOA
Sec. quotas - C.R.C. Lisboa nº 22353 • Nº Contribuinte: 500201129 • Capital Social: € 1.496.393,69