



Jornal Português de
Gastreenterologia
Portuguese Journal of Gastroenterology

www.elsevier.pt/ge



COMUNICAÇÕES ORAIS, CASOS CLÍNICOS E INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS

Semana Digestiva 2013

Centro de Congressos de Vilamoura, 12-15 Junho 2013

COMUNICAÇÕES 1

Doença Inflamatória

13 Junho 2013, 09:00-10:30, Sala Fénix II

1. MUTAÇÕES DO GENE CARD15 E HISTÓRIA NATURAL DA COLITE ULCEROSA NA POPULAÇÃO PORTUGUESA

R. Cardoso¹, P. Freire¹, P. Figueiredo^{1,2}, M.M. Donato², M. Ferreira¹, S. Mendes¹, A.M. Ferreira¹, H. Vasconcelos³, F. Portela¹, C. Sofia^{1,2}

¹Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. ²Centro de Gastreenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. ³Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar Leiria-Pombal.

Introdução: O gene *CARD15*, envolvido na resposta imune inata, tem sido amplamente estudado no campo da Gastreenterologia. Existe uma relação dos seus polimorfismos com o risco e a expressão fenotípica da doença de Crohn. A relação destas mutações com a Colite Ulcerosa tem sido pouco explorada.

Objetivo: Verificar se, na população portuguesa com Colite Ulcerosa, existe alguma correlação entre o genótipo do gene *CARD15* e o comportamento clínico da doença.

Doentes e métodos: Pesquisa das três principais mutações do gene *CARD15* (3020 insC, R702W e G908R) em 200 doentes com CU e em 202 controlos. Caracterização fenotípica dos doentes com CU e pesquisa de correlações genótipo-fenótipo.

Resultados: Detetou-se mutação do gene *CARD15* em 28 doentes (14,0%) e em 27 controlos (13,4%) ($p = 0,853$). O tempo de seguimento médio dos doentes incluídos foi de $180,3 \pm 105,6$ meses. A incidência da variante R702W foi significativamente superior nos doentes tratados com corticosteróides orais (18,2% vs 7,2%, $p = 0,032$) e endovenosos (31,0% vs 3,8%, $p = 0,013$) por agudização no primeiro ano de doença. Nos doentes com internamentos por colite grave verificou-se uma maior frequência desta mutação nos que necessitaram de escalada terapêutica para Ciclosporina, Infliximab e/ou Cirurgia (30,4% vs 3,7%, $p = 0,017$). A corticoresistência revelou-se significativamente mais frequente nos doentes com mutação (28,6% vs 10,3% $p = 0,027$). A taxa de

colectomia foi também superior nos portadores da mutação (19,0% vs 4,5%, $p = 0,017$). Não se verificaram correlações entre os outros dois polimorfismos estudados e o comportamento da doença.

Conclusões: O polimorfismo R702W do gene *CARD15* parece associar-se a um fenótipo de doença mais grave, com uma necessidade superior de corticoterapia no primeiro ano, maior taxa de corti-co-resistência e de colectomia.

2. OS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DO RECTOR DA IL23R INFLUENCIAM O FENÓTIPO E A RESPOSTA À TERAPÊUTICA DOS DOENTES COM COLITE ULCEROSA

M. Cravo, P. Ferreira, P. Sousa, P. Moura-Santos, S. Velho, L. Tavares, J. Deus, P. Ministro, P. Peixe, L. Correia, J. Velosa, R. Maio, M. Brito

Hospital Beatriz Angelo, Loures, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital S. Teotónio, Viseu, Hospital Fernando da Fonseca, Amadora, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

Introdução: Apesar da maioria dos doentes com colite ulcerosa (CU) responder à terapêutica com mesalamina (5-ASA), 1/3 destes doentes vai necessitar de terapêutica com imunossuppressores e/ou biológicos.

Objetivo: Do presente trabalho foi identificar fatores clínicos e/ou genéticos-polimorfismos do receptor da IL23 (*IL23R* SNPs), preditivos de resposta à terapêutica em doentes com CU.

Material e métodos: Estudo multicêntrico incluindo 174 doentes com CU, 57% (99) eram do sexo feminino, a idade média foi de 47 ± 15 anos e a duração da doença foi de 11 ± 9 anos. Considerou-se resposta ao fármaco quando existia uma resposta clínica sustentada de pelo menos um ano, sem necessidade de corticoides, cirurgia ou escalada terapêutica. Foram registadas variáveis clínicas e demográficas e foram analisados quatro SNPs do *IL23R*-*IL23R* G1142A (rs11209026), C2370A (rs10889677), G43045A (rs1004819) and G9T (rs1884444). A genotipagem foi realizada por PCR em tempo real com sondas Taqman.

Resultados: Verificámos que doentes mais idosos eram mais suscetíveis de responder à terapêutica com 5-ASA ($p = 0,004$), enquanto que nos doentes com doença mais extensa (E2 e E3) a probabilidade de responderem a este tipo de terapêuticas era menor (OR = 0,31, 95%IC (0,09-1,05), $p = 0,06$ and OR = 0,15, 95%IC (0,04-0,49), $p = 0,002$ respetivamente). Doentes com manifestações extraintes-

tinais (MEI) tinham menor probabilidade de responderem ao 5-ASA (OR 0,25, 95%IC (0,10-0,56), $p = 0,001$), à AZT (OR 0,18, 95%IC (0,04-0,76), $p = 0,03$) e aos corticóides (OR 0,35, 95%IC (0,11-1,06), $p = 0,06$). Os portadores do alelo mutado para os SNPs do IL23R tinham maior risco de desenvolverem MEI ($p < 0,05$), uma maior refratoriedade ao 5-ASA ($p < 0,03$) mas uma maior probabilidade de responderem à AZT ($p = 0,05$).

Conclusões: Para além da extensão da doença e idade no momento do diagnóstico, observámos que a presença de MEI é um marcador de não resposta ao 5-ASA e AZT, bem como de corticodpendência. Os SNPs da IL23R estão associados com MEI e não resposta ao 5-ASA e corticoides.

Este estudo foi suportado por uma bolsa GEDII 2009-2012.

3. RASTREIO DE NEOPLASIA NA COLITE ULCEROSA: ENDOMICROSCOPIA CONFOCAL GUIADA POR CROMOENDOSCOPIA VS BIÓPSIAS ALEATÓRIAS

P. Freire¹, P. Figueiredo^{1,2}, R. Cardoso¹, M.M. Donato², M. Ferreira¹, S. Mendes¹, M.A. Cipriano³, M.R. Silva³, A.M. Ferreira¹, M.J. Campos¹, H. Vasconcelos⁴, F. Portela¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). ²Centro de Gastrenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. ³Serviço de Anatomia Patológica do CHUC. ⁴Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Leiria-Pombal.

Introdução: À colite ulcerosa (CU) associa-se risco aumentado de cancro colo-rectal. O rastreio com cromosocopia revelou-se melhor que biópsias aleatórias seriadas (BAS), em estudos que incluíram doentes de risco elevado, designadamente com história de colangite esclerosante primária (CEP) e/ou de neoplasia intra-epitelial (NIE).

Objetivo: Comparar endomicroscopia confocal guiada por cromosocopia (ECGC) com BAS relativamente à detecção de NIE em doentes com CU sem história de CEP e/ou NIE. Determinar a acuidade da endomicroscopia confocal (EMC) na predição de NIE.

Doentes e métodos: 105 doentes com CU distal/extensa com ≥ 8 anos de evolução e sem história de CEP e/ou NIE foram, prospectivamente, randomizados numa proporção 1:1, realizando BAS ou ECGC. No grupo BAS ($n = 48$) efectuaram-se biópsias nos 4 quadrantes a cada 10 cm e biópsia/polipectomia das lesões identificadas e no grupo ECGC ($n = 57$) as lesões detectadas após cromosocopia com azul de metileno foram alvo de EMC e biópsia/polipectomia.

Resultados: Detectaram-se 9 NIE, todas de baixo-grau, incluindo 4 no grupo BAS e 5 no grupo ECGC ($p > 0,05$), distribuídas por 2 doentes do grupo BAS e 4 do grupo ECGC ($p > 0,05$). No grupo BAS efectuaram-se $36,4 \pm 6,5$ biópsias e no ECGC $4,9 \pm 5,2$ ($p < 0,001$). A proporção de biópsias com NIE foi de 1/437 no grupo BAS e 1/56 no grupo ECGC ($p = 0,004$). O exame demorou em média $42,8 \pm 8,3$ min no grupo BAS e $61,6 \pm 16,7$ min no grupo ECGC ($p < 0,001$). Das 84 lesões identificadas no grupo ECGC 5 tinham NIE. A detecção de NIE por EMC revelou sensibilidade = 80,0%, especificidade = 97,5%, VPP = 66,7% e VPN = 98,7%.

Conclusões: Na CU de longa evolução sem história de CEP e/ou NIE, a ECGC não é significativamente superior às BAS na detecção de NIE. A ECGC é mais demorada que as BAS, mas diminui o número de biópsias realizadas e aumenta significativamente a proporção de biópsias com NIE. A EMC tem boa acuidade na detecção de NIE, sobretudo elevado VPN.

4. FOCOS DE CRIPTAS ABERRANTES NO RECTO DE DOENTES COM COLITE ULCEROSA - ALGUMA ASSOCIAÇÃO COM O RISCO DE NEOPLASIA?

P. Freire¹, P. Figueiredo¹, R. Cardoso¹, M. Ferreira¹, S. Mendes¹, M.A. Cipriano², M.R. Silva², A.M. Ferreira¹, M.J. Campos¹, H. Vasconcelos³, F. Portela¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ³Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Leiria-Pombal.

Introdução: À colite ulcerosa (CU) associa-se risco aumentado de cancro colo-rectal. A extensão da doença e a colangite esclerosante primária (CEP) são os únicos factores que condicionam o início e a periodicidade do rastreio nesses doentes. A optimização dessa estratégia de rastreio requer identificação doutros factores de risco. Os focos de criptas aberrantes (FCA) têm sido associados a aumento do risco de cancro colo-rectal esporádico. A sua relação com o risco de neoplasia na CU permanece controversa.

Objetivo: Verificar se em doentes com CU de longa evolução a existência e o número de FCA tem alguma relação com o risco de neoplasia intra-epitelial (NIE).

Doentes e métodos: 57 doentes com CU distal/extensa com ≥ 8 anos de evolução e sem história de CEP e/ou NIE, foram prospectivamente rastreados através de colonoscopia com endomicroscopia confocal guiada por cromosocopia e realização de biópsia/polipectomia das lesões detectadas. No recto baixo pesquisaram-se e contabilizaram-se os FCA. Os doentes foram divididos em: grupo I = com NIE; grupo II = sem NIE.

Resultados: Das 84 lesões circunscritas identificadas na colonoscopia e sujeitas a biópsia, 5 delas, distribuídas por 4 doentes, revelaram NIE de baixo-grau. Distribuição dos doentes pelos grupos: grupo I = 4 doentes; grupo II = 53 doentes. Detectaram-se FCA em todos os doentes do grupo I e apenas em 28 (52,8%) do grupo II ($p = 0,091$). Acuidade dos FCA na predição da existência de NIE: sensibilidade = 100,0%, especificidade = 47,1%, valor preditivo positivo = 12,5% e valor preditivo negativo (VPN) = 100,0%. Relativamente ao número de FCA, detectaram-se $5,3 \pm 2,2$ no grupo I e $2,1 \pm 2,9$ no grupo II ($p = 0,040$).

Conclusões: Em doentes com CU de longa evolução e sem história de CEP e/ou NIE, parece existir uma relação significativa entre a existência/número de FCA e o risco de NIE. Os FCA têm elevada sensibilidade e elevado VPN na predição da existência de NIE.

5. ANEMIA NA DII EM PORTUGAL. RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO TRANSVERSAL

F. Portela, J. Cotter, H. Vasconcelos, P. Ministro, P. Caldeira, H. Morna, H.T. Sousa, P. Peixe, M.A. Duarte, I. Cremmers, J. Deus, M. Cravo, P. Lago, S. Lopes, R. Gonçalves, F. Magro, em nome dos investigadores do estudo CAPOR.

GEDII (Grupo de Estudo da Doença Inflamatória Intestinal).

Introdução: A anemia é a complicação sistémica mais frequente dos doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII), encontrando-se em 10 a 60% dos pacientes. Em Portugal não existem dados que traduzam a nossa realidade.

Objetivo: Avaliar a frequência da anemia nos doentes portugueses com DII através de um estudo transversal e observacional.

Material e métodos: Nove centros nacionais incluíram de modo consecutivo, durante um mês os doentes com DII que a ele recorrem. Foi determinada a atividade da doença (HBI e SCCAI), a existência ou não de anemia, medicação e antecedentes cirúrgicos.

Resultados: Incluíram-se 728 doentes, com idades entre os 18 e 86 anos (mediana de 40), 404 do sexo feminino (55%), 391 (54%) com doença de Crohn (DC), com um seguimento médio de $8.7 \pm 7,6$ anos. A doença encontrava-se ativa ($HbI > 4$ na DC e $SCCAI > 2$ na CU) em 151 doentes (22%). Constatou-se a presença de anemia ($Hb < 12$ no sexo feminino e $Hb < 13$ no sexo masculino) em 142 doentes (19,5%), ligeiramente mais frequente no sexo feminino (22,3 versus 16,4%; $p = 0,049$), mas igualmente frequente nas duas doenças. A anemia foi mais frequente nos doentes com doença ativa (35 versus 16%), mas estava presente em respetivamente 12 e 19% dos doentes com CU e DC em remissão. Os doentes medicados com corticosteroides e anti-TNF apresentavam maior frequência de anemia (40,5 e 30,5 versus respetivamente 17,1 e 15,5%). Dos doentes com anemia somente 51% estava a fazer tratamento específico para esta condição (Ferro oral-55%; Fe EV 44%). Dos doentes com anemia e sem referência a tratamento específico 96% apresentavam anemia ligeira.

Conclusões: A anemia é uma situação frequente nos doentes portugueses com DII e parece relacionar-se com a atividade da doença. Torna-se necessário aumentar a sensibilização dos gastroenterologistas portugueses para o tratamento deste problema.

6. INFECÇÃO PELO VÍRUS EPSTEIN-BARR NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E SUA CORRELAÇÃO COM DIFERENTES REGIMES TERAPÊUTICOS

J. Santos-Antunes, F. Magro, A. Albuquerque, F. Vilas-Boas, G.N. Macedo, N. Nazareth, S. Lopes, J. Sobrinho-Simões, S. Teixeira, C.C. Dias, J. Cabral, A. Sarmento, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar S. João, Porto.

Introdução e objetivo: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) está associada a uma maior prevalência de infeções oportunistas. O vírus Epstein-Barr (EBV) é um vírus ubiquitário relacionado com patologia não-maligna e maligna, nomeadamente linfoma. O Objetivo do nosso trabalho foi avaliar a prevalência deste vírus na DII e a sua relação com diferentes regimes terapêuticos.

Material: Foram selecionados consecutivamente doentes com DII para um estudo prospectivo. Voluntários saudáveis foram recrutados para o grupo de controlo. A carga vírica do EBV foi medida pelo menos uma vez em cada doente.

Resultados: Trezentos e setenta e nove doentes foram recrutados e divididos em grupos consoante a terapêutica em curso (93 tratados com 5-Aminossalicilatos, 91 com Azatioprina, 70 com Infliximab, 43 com terapêutica combinada com Infliximab e Azatioprina e 82 controlos). Mais de 90% dos doentes tinham serologia compatível com exposição prévia ao EBV. O DNA do vírus foi detetado em 132 amostras (35%); a sua prevalência foi significativamente maior em todos os grupos com DII, comparando com os controlos. Dos doentes com DII, o tratamento com Infliximab em monoterapia ou em terapêutica combinada com Azatioprina relacionou-se com uma maior prevalência de DNA vírico comparado com Azatioprina em monoterapia ou 5-Aminossalicilatos ($p < 0,05$). Idade acima de 60 anos esteve relacionada com positividade para o DNA do EBV com especificidade de 92%. Entre os doentes com DII, a Colite Ulcerosa foi o único factor de risco para a presença de altos níveis de carga vírica (> 1000 e > 2500 cópias/mL). Não foi encontrada qualquer relação entre o EBV e os níveis de Proteína C Reactiva.

Conclusões: A DII é factor de risco para a presença de DNA de EBV no sangue, principalmente em doentes mais velhos e naqueles sob terapêutica com Infliximab. A proteína C reativa não teve qualquer relação com a prevalência de EBV.

7. TUBERCULOSE EM DOENTES SOB ANTI-TNF: A ANÁLISE DE 25 CASOS E COMPARAÇÃO COM TUBERCULOSE DA COMUNIDADE

J. Santos-Antunes, C. Abreu, F. Magro, A. Pilão, E. Rodrigues-Pinto, J. Bernardes, A. Bernardo, S. Magina, F. Vilas-Boas, S. Lopes, G. Macedo, A. Sarmento

Serviço de Gastreenterologia e Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar S. João, Porto.

Introdução e objetivo: A incidência de tuberculose em doentes sob terapêutica com anti-TNF está aumentada. O Objetivo do nosso trabalho foi avaliar a gravidade e o prognóstico destes doentes, comparando com a tuberculose na população em geral.

Material: Doentes seguidos em serviços de Gastroenterologia, Dermatologia e Reumatologia que tiveram tuberculose ativa enquanto estavam sob terapêutica com fármacos anti-TNF foram estudados e comparados com um grupo controlo de doentes da comunidade com tuberculose, ajustados para o género, idade e data de diagnóstico da doença.

Resultados: De um total de 765 doentes sob fármacos anti-TNF entre 2001 e 2012, foram reportados 25 casos de tuberculose. A incidência de tuberculose por 100.000 doentes-ano foi de 1337, 792 e 405 respectivamente para o infliximab, adalimumab e etanercept. Doze doentes tinham Doença Inflamatória Intestinal, 10 doenças reumatológicas e 3 psoríase. Dos 17 doentes que fizeram rastreio para tuberculose latente antes do início do anti-TNF, 3 foram tratados com isoniazida. A tuberculose foi diagnosticada 1 a 108 meses após o início do fármaco anti-TNF, com um tempo mediano de 6, 7 e 89 meses respectivamente para o infliximab, adalimumab e etanercept. Sessenta por cento dos casos (15 doentes) tiveram tuberculose extra-pulmonar. Três doentes tiveram síndrome de reconstituição imunológica. Não se registaram mortes nos casos, com 2 mortes no grupo controlo. Os doentes sob anti-TNF tiveram mais frequentemente tuberculose extra-pulmonar, febre à apresentação e níveis mais altos de Proteína C-Reactiva.

Conclusões: A tuberculose ativa pode ocorrer mesmo naqueles doentes com rastreio negativo, podendo alguns dos casos representar re-infeção em vez de reactivação. Além disso, 3 dos 25 doentes tiveram tuberculose apesar do tratamento prévio da tuberculose latente. No seguimento destes doentes, o outcome não foi pior do que a tuberculose na população em geral.

8. VALIDAÇÃO DO SCORE DE LEWIS - INSTRUMENTO FUNDAMENTAL NA DOENÇA DE CROHN ISOLADA DO INTESTINO DELGADO

F. Dias de Castro, J. Magalhães, B. Rosa, M.J. Moreira, J. Cotter

Serviço Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução e objetivo: O Score de Lewis (SL) foi desenvolvido para quantificar a actividade inflamatória da mucosa utilizando a enteroscopia por cápsula (EC). Contudo este Score não foi validado prospectivamente para utilização na prática clínica. O objetivo deste trabalho foi verificar a concordância da avaliação do SL entre observadores.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo, unicêntrico, duplamente cego, que incluiu doentes com doença de Crohn isolada do intestino delgado submetidos a EC. O SL divide o intestino delgado em três partes iguais (tercis) e avalia para cada tercil três parâmetros: o edema, as úlceras e as estenoses. Para cada EC foi calculado o SL pelo coordenador e por um dos restantes investigadores. Os scores calculados foram comparados segundo o teste de correlação de Pearson e a concordância inter-observador foi calculada através do teste Kappa.

Resultados: Foram incluídas 42 EC, o exame foi completo em 76% e 81% dos casos, de acordo com os investigadores e o coordenador, ($p > 0,05$). O SL global médio foi 1385 e 1291, para o coordenador e para os investigadores, respectivamente. Verificou-se uma forte correlação entre os investigadores e o coordenador quer nos scores obtidos por tercils (primeiro tercil $r = 0,752$, segundo tercil $r = 0,768$ e terceiro tercil $r = 0,769$), quer para o SL total ($r = 0,774$), $p < 0,0001$. A concordância verificada entre os observadores, avaliada através do teste Kappa, tendo em conta a classificação de: exame normal (SL < 135), doença ligeira (SL entre 135 e 790) e doença severa (SL > 790) foi 0,737, ($p < 0,001$).

Conclusões: Este estudo demonstrou uma forte correlação inter-observador para o SL, validando este score na avaliação da actividade inflamatória da mucosa do intestino delgado. O SL poderá assim ser utilizado no estadiamento, seguimento e avaliação da eficácia terapêutica dos doentes com DC isolada do intestino delgado.

9. A IMUNOMODULAÇÃO ALTERA O FENÓTIPO DA DOENÇA DE CROHN E A NECESSIDADE DE CIRURGIA

E. Rodrigues-Pinto, F. Magro, R. Coelho, A. Patrícia, J. Santos-Antunes, S. Lopes, C. Camila-Dias, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução: Doença de Crohn (DC) é uma doença que induz dano estrutural cumulativo. Caracteriza-se, inicialmente, por um padrão não estenosante não penetrante (B1), com progressão ao longo do tempo para fenótipo fibro-estenotante (B2) e/ou penetrante (B3), com necessidade frequente de cirurgia.

Objetivo: Avaliar se o tratamento com imunomoduladores ou anticorpos anti-factor de necrose tumoral alfa (antiTNF α) altera a progressão da doença e/ou necessidade de cirurgia.

Métodos: Estudo transversal em doentes com DC seguidos na consulta de doença inflamatória intestinal.

Resultados: Durante os 12,34 anos de seguimento ($\pm 8,4$), dos 736 doentes com DC (368 do sexo feminino), 87% tinham fenótipo B1 ao diagnóstico. Desses doentes, 24% progrediram para fenótipo B2, 20% para B3 e 49% necessitaram de cirurgia. Os doentes que mantiveram fenótipo B1 iniciaram quer azatioprina quer antiTNF α mais cedo do que os que progrediram para B2 ou B3 (respectivamente, 25 meses [0-371] vs 56 meses [0-420], $p < 0,001$ e 67 meses [0-364] vs 102 meses [0-395], $p < 0,001$). O tempo mediano até alteração do fenótipo (B1 para B2 ou B3) foi maior nos doentes sob azatioprina (311 meses [243,0; 378,9] vs 43 meses [27,6; 58,4], $p < 0,001$), bem como nos sob antiTNF α (141 meses [130,4; 167,8] vs 61 meses [86,2; 100,9], $p < 0,001$). Os doentes que nunca foram operados iniciaram quer azatioprina quer antiTNF α mais cedo do que os que foram operados (respectivamente, 19 meses [0-420] vs 70 meses [0-394], $p < 0,001$ e 50,5 meses [0-364] vs 103,5 meses [0-395], $p < 0,001$). O tempo mediano até cirurgia foi maior nos doentes sob azatioprina (361 meses [306,3; 415,7] vs 71 meses [47,6; 94,4], $p < 0,001$), bem como nos sob antiTNF α (271 meses [84,7; 104,9] vs 108 meses [74,6; 141,4], $p < 0,001$).

Conclusões: O tratamento com imunomoduladores e/ou biológicos altera o fenótipo da doença e a necessidade de cirurgia.

COMUNICAÇÕES 2

Fígado

13 Junho 2013, 09:00-10:30, Sala Fénix I

1. TRATAMENTO EM ENSAIOS CLÍNICOS NA HEPATITE C-QUAL O REAL BENEFÍCIO PARA OS DOENTES RECRUTADOS?

M.J. Silva, M. Costa, D. Carvalho, M. Mendes, P. Duarte, J. Esteves, F. Calinas

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE-Hospital de Santo António dos Capuchos.

Introdução: Os ensaios clínicos (EC) são essenciais à inovação terapêutica. Melhores tratamentos para todos, no futuro, só são possíveis com a participação voluntária de alguns que, no presente, aceitam o risco do desconhecido. Uma motivação à participação em EC é a expectativa do benefício oferecido pelo acesso precoce a novos fármacos.

Objetivo: Avaliar o ganho de eficácia e segurança dos tratamentos efectuados no âmbito de estudos de antiviricos directos na hepatite C, genótipo 1, face ao expectável com os fármacos disponíveis aquando do recrutamento.

Material e métodos: Casuística de um centro nacional, respeitante a ensaios finalizados ou com todos os doentes em seguimento pós-tratamento ≥ 6 meses: Seis estudos de desenvolvimento de Faldaprevir, Simeprevir e Faldaprevir+BI207127. Avaliação de segurança considerada para população global. Avaliadas separadamente respostas virológicas sustentadas (R VS) em “naïve” de tratamento e “experimentados”. Determinadas R VS expectáveis com PegIFN+Ribavirina (PR) consoante séries históricas: para “naïve” considerada subanálise do estudo IDEAL, consoante viremia, grau fibrose e IL28B (Thompson et al. Gastroenterology 2010); para “experimentados” considerada análise por grau fibrose e tipo não-resposta prévia, do estudo REALIZE (Zeuzem et al, N Engl J Med 2011); supletivamente, semelhante análise para estimar resposta esperada com PR+Telaprevir.

Resultados: Recrutados 46 doentes, 30 “naïve” e 16 “experimentados”, 65,2% homens, mediana 46 anos. Entre os “naïve”, 4 (13,3%) com cirrose, 9(30,0%) com IL28B C/C e 4 (13,3%) com viremia < 800.000 UI/ml. Nos “experimentados”, 4 (25,0%) com cirrose e 9 (56,3%) com anteriores resposta nula ou parcial. Em “naïve”, R VS = 63,3% (19/30) vs 40,5% esperada com PR. Em “experimentados”, R VS = 50,0% (8/16) vs 17,6% e 60,1% esperadas com PR e PR+Telaprevir. Registou-se anemia grau ≥ 2 em 10,9%, exantema em 2,2%. Dois (4,4%) eventos adversos graves, num caso com descontinuação do tratamento.

Conclusões: Acréscimo significativo da eficácia, sem prejuízo da segurança, no tratamento em ensaios clínicos no nosso centro, com novos antiviricos na hepatite C.

2. SINBIÓTICO RETARDA A PROGRESSÃO DE FIBROSE MODULANDO A MICROBIOTA NUM MODELO DE EHNA INDUZIDA POR DIETA GORDA E DEFICIENTE EM COLINA

H. Cortez-Pinto, P. Borralho, J. Machado, M.T. Lopes, A.M. Santos, A.S. Guerreiro

Unidade Nutrição e Metabolismo, Departamento de Gastreenterologia, IMM, Instituto de Anatomia Patológica, FML, INSA, CEDOC/FCML Lisboa, Portugal.

Esteatohepatite não-alcoólica (EHNA), obesidade e alteração da microbiota intestinal parecem estar relacionadas.

Objetivo: Avaliar efeito do Synbiotic 2000Forte® (SYN): 4 espécies de probióticos e 4 prebióticos, nas alterações histológicas hepáticas, nível sérico de LPS, assim como na composição da microbiota intestinal em ratinhos submetidos a uma dieta gorda (35%)/deficiente em colina (HFCD) indutora de NASH.

Métodos: 33 ratinhos C57BL/6 foram divididos em 3 grupos: 1. Grupo controle (Dieta Standard) GC; 2. (HFCD); 3) HFCD mais SYN. Os animais foram sacrificados às 6 e 18 semanas para avaliação histológica, da composição da microbiota intestinal (FISH) e nível sérico de LPS. A histologia hepática foi avaliada por (H&E), e esteatose, inflamação, balonização e fibrose graduada (0-3). A fibrose foi avaliada de forma quantitativa por análise de imagem em cortes histológicos corados com Sirius Red (SR), assim como a percentagem de células estreladas “ativadas” marcadas com actina (software LAS Image Analysis-Leica).

Resultados: Todos os ratinhos HFCD desenvolveram esteatohepatite com balonização, em oposição ao GC. Às 6 e 18 semanas sem diferenças significativas na esteatose, inflamação ou balonização, entre HFCD e HFCD+SYN. Nos HFCD aumento significativo da fibrose (SR e actina), atenuado com a adição de SYN (HFCD vs HFCD +SYN: 6 semanas: SR: $7,4 \pm 2,9$ vs $3,2 \pm 1,0$, $p = 0,001$; actina: $9,6 \pm 0,8$, vs $4,6 \pm 6,3$, ns, LPS: $5,2$ vs $6,8$; às 18 semanas: SR: $10,7 \pm 2,6$, vs $6,3 \pm 2,3$, $p = 0,04$, actina: $8,3 \pm 3,1$, vs $0,8 \pm 0,3$, $p = 0,003$, LPS: $6,7$ vs $4,9$. Relativamente à microbiota, observou-se uma redução tanto no número de Proteobacterias no grupo HFCD vs HFCD+Syn ($7,54x$ vs $3,9x$) assim como no grupo Fusobacterias ($10,19x$ vs $5,82x$) às 18 semanas.

Conclusões: O Synbiotic 2000Forte® preveniu parcialmente a fibrose associada à EHNA induzida pela dieta, o que parece estar relacionado com a redução da flora bacteriana Gram -e consequentemente uma diminuição de LPS.

Bolsa: PTDC/SAU-OSM/66323/2006 FCT.

3. FRAGMENTO DE CITOQUERATINA-18 (CCK-18) COMO BIOMARCADOR NÃO INVASIVO DE ESTEATOHEPATITE NÃO ALCÓOLICA NA OBESIDADE MÓRBIDA

S. Carvalhana, A. Costa, R. Murta, J. Coutinho, H. Proença, H. Cortez-Pinto

Departamento de Gastrenterologia, CHLN; Unidade de Nutrição e Metabolismo, IMM, FML; Departamento de Cirurgia Geral, CHLN; Departamento de Patologia Clínica, CHLN.

Introdução: A citoqueratina-18 (CK-18) é uma proteína de filamento intermédio, importante nos hepatócitos. Níveis séricos do fragmento M30 da CK-18 (cck-18) identificado como um marcador útil de apoptose associado à fibrose e esteatohepatite no fígado gordo não alcoólico (FGNA). Pretendeu-se avaliar a relação deste marcador com a histologia hepática, nomeadamente com a presença de esteatose ou esteatohepatite, e com os níveis de aminotransferases numa coorte de doentes com obesidade mórbida.

Métodos: Quantificação dos níveis séricos de cck18 através do M30 Aptosense® ELISA, numa população com obesidade mórbida, prévio à realização de cirurgia bariátrica com biópsia hepática intra-operatória. Classificação das biópsias hepáticas por anatomopatologista experiente. Utilização dos cut-offs de 200 (cck18), 35 (AST) e 45 (ALT) para diferenciação entre esteatose e esteatohepatite.

Resultados: Incluídos 44 doentes, 63,6% sexo feminino e idade média 41 ± 10 anos. Análise histológica revelou: esteatose em todos os doentes, sendo esteatose simples em 66% e esteatohepatite em 34%. A mediana dos níveis de cck-18 foi superior nos doentes com esteatohepatite [209 (81-305) vs 90 (59-164)]. Níveis de cck18 correlacionaram-se positivamente com AST ($p = 0,68$) e ALT ($p = 0,66$), e níveis > 200 com a presença histológica de NASH ($p = 0,42$), $p <$

0,0001. Para o cut-off de 200 U/L verificou-se uma sensibilidade 60%, especificidade 86%, valor preditivo positivo 69% e valor preditivo negativo 81%. Relativamente às transaminases, a sensibilidade e especificidade foram de 47% e 79% para AST e de 40% e 72% para ALT.

Discussão: Da análise, verifica-se que todas as amostras que são falso-positiva (16%) para esteatose também o são nas aminotransferases, o que poderá corresponder a um erro de amostragem na análise histológica. O cck-18 mostrou-se eficiente na distinção entre esteatose e esteatohepatite, mais do que as aminotransferases, em doentes com obesidade mórbida.

Colaboração da Arium, Sistemas de Diagnóstico.

4. UTILIDADE DO CONTROLLED ATTENUATION PARAMETER (CAP) NA AVALIAÇÃO DE ESTEATOSE HEPÁTICA NA POPULAÇÃO: CORRELAÇÃO COM A ECOGRAFIA E FLI

S. Carvalhana, J. Leitão, C. Alves, M. Bourbon, H. Cortez-Pinto

Departamento de Gastrenterologia, CHLN; Departamento de Medicina Interna, CHUC; Unidade nutrição e metabolismo, IMM, FML; INSA.

Introdução: O controlled attenuation parameter (CAP) é um método não invasivo para avaliação e quantificação de esteatose hepática (EH), baseado na elastografia hepática transitória (EHT). A sua utilidade como procedimento de triagem na população general ainda não foi avaliada.

Objetivo: Avaliar a utilidade do CAP no diagnóstico e quantificação da EH.

Métodos: Recrutamento de indivíduos de um estudo epidemiológico prospectivo da população adulta portuguesa (e_Cor). Avaliação da EH por ecografia abdominal, CAP e fatty liver index (FLI): triglicerídeos séricos, índice massa corporal, perímetro cintura, GGT. Classificação da EH segundo o score de Hamaguchi, de 0 a 6 pontos, considerando-se EH > 2 e esteatose moderada/grave (EHMG) > 4 pontos.

Resultados: Dos 219 indivíduos estudados, excluídos 13 (5,9%) por medições inválidas. Incluídos 206 sujeitos, 57,1% homens, idade média $51,3 \pm 17,4$ anos e EHT média $5,37 \pm 1,8$ Kpa. A ecografia revelou: EH em 38,4% e EHMG em 12,1%. A mediana do CAP na ausência de EH, na EH e na EHMG foi de 206, 303, 349 dB.m-1, respectivamente ($p < 0,05$). O CAP correlacionou-se com presença de EH ($p = 0,73$, $p < 0,0001$), graduação de esteatose ($p = 0,76$; $p < 0,0001$), FLI ($p = 0,48$), mas não com a EHT. Usando o CAP e FLI, (AUROC)s foram de 0,94 e 0,91 para EH; 0,95 e 0,93 para EHMG, respectivamente. O ótimo cut-off (índice Youden) para CAP e FLI foi de 243 dB.m-1 [93% sensibilidade (S), 79% especificidade (E), 71% valor preditivo positivo (VPP) e 95% valor preditivo negativo (VPN)] e 48 para EH; 303,5 dB.m-1 (88% S, 92% E, 61% VPP e 98% VPN) e 62 para EHMG, respectivamente.

Conclusões: Boa correlação do CAP com a ecografia na detecção e quantificação da esteatose na população geral. Aguardam-se estudos de maiores dimensões para validação dos nossos resultados.

5. NECROPTOSE EM HEPATÓCITOS PRIMÁRIOS DE RATO E EM DOENTES COM HEPATITE CRÔNICA

M.B. Afonso¹, D.M.S. Ferreira¹, H. Cortez-Pinto^{3,4}, R.E. Castro^{1,2}, C.M.P. Rodrigues^{1,2}

¹Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences (iMed.UL). ²Departamento de Bioquímica e Biologia Humana, Faculdade de Farmácia. ³Gastrenterologia, Hospital de Santa Maria e ⁴IMM, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

A necroptose ou necrose programada poderá desempenhar um papel importante na patogénese de doenças hepáticas inflama-

tórias. Dado que os ácidos biliares são moduladores potentes da apoptose em hepatócitos, investigámos se: 1. Os ácidos biliares tóxicos desoxicólico (DCA) e glicodenoxocólico (GCDCA) induzem necroptose; 2. O ácido ursodesoxicólico (UDCA) inibe a necroptose; e 3. A necroptose está presente em doenças inflamatórias do fígado. Células de hepatoma humano HepG2 e hepatócitos primários de rato foram incubados com GCDCA, DCA ou TNF-alfa/ciclohexamida, na presença ou ausência de UDCA ou inibidores das caspases (zVAD-fmk), da necroptose (necrostatina-1), ou da autofagia (3-metiladenina). A morte celular induzida pelos ácidos biliares tóxicos foi completamente revertida pela inibição das caspases em células HepG2. Pelo contrário, em hepatócitos primários, o DCA, o GCDCA e o TNF-alfa induziram um tipo de morte celular, independente da caspase-3, mas que foi inibido pela necrostatina-1 e pelo UDCA. Em concordância, a coincubação dos ácidos biliares tóxicos com o zVAD-fmk aumentou a libertação celular de HMGB1 e a expressão de RIP3, confirmando a ocorrência de necroptose nos hepatócitos. No fígado de doentes com hepatite crónica de várias etiologias foi possível detetar um aumento de RIP3. Por último, o DCA e o GCDCA induziram a conversão da LC3I para LC3II, um indicador de autofagia. A necroptose não parece, no entanto, ser modulada pela 3-metiladenina. Em conclusão, os nossos resultados sugerem que o GCDCA, o DCA e o TNF-alfa induzem necroptose em hepatócitos primários de rato, na ausência de caspases, mas que o UDCA inibe este tipo de morte celular. A necroptose pode, também, desempenhar um papel importante na patogénese da hepatite crónica. Um melhor entendimento da complexa rede de mecanismos de morte celular desencadeados no fígado, em situações patológicas, pode contribuir para o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas.

Financiado por FCT (PTDC/SAU-OR G/119842/2010, Pest-OE/SAU/UI4013/2011, SFRH/BD/91119/2012 e SFRH/BD/60521/2009).

6. MÉTODOS IMAGIOLÓGICOS PARA AVALIAÇÃO DA FIBROSE HEPÁTICA: ARFI OU FIBROSCAN?

C. Baldaia¹, F. Serejo¹, P. Sousa¹, J. Gominho², J. Velosa¹

¹Departamento de Gastrenterologia e Hepatologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, HSM/CHLN. ²Siemens Diagnostic.

Contexto e objetivo: A avaliação da fibrose hepática é crucial no prognóstico das hepatopatias. O melhor padrão, biópsia hepática, é invasivo e tem vários problemas. Actualmente estão disponíveis dois métodos imagiológicos para a sua avaliação, a elastografia hepática: transitória (Fibroscan®, Echosens®, Paris) e por impulsão (ARFI-acoustic radiation force impulse, virtual touch™, ACUSON S2000). Desconhece-se se o local de medição do ARFI interfere com a acuidade diagnóstica.

Métodos: Foram estudados 36 doentes (dts) com biópsia hepática percutânea (agulha de Menghini) realizada nos últimos 18 meses, avaliadas segundo o IAH Knodell-Sheuer. Elasticidade hepática: transitória medida pelo Fibroscan (Kpa) e por impulsão medida pelo ARFI (m/s). As medições foram efectuadas no segmento VIII e definiram-se 4 locais: anterior, posterior, superior e inferior e duas profundidades de medição abaixo e acima de 4,5 cm. Comparou-se a acuidade diagnóstica das medições com o estadio de fibrose e com o Fibroscan. Estatística: IBM SPSS Statistic 20.

Resultados: Idade média 44,7 ± 10 anos, 26 do sexo feminino. Diagnóstico histológico (n): VHB (10), VHC (13) álcool (1), CBP (3), NASH (2), hepatite auto-imune (4), hepatotoxicidade (3). Estádios de fibrose: F0-1 = 11; F2 = 9, F3 = 4, F4 = 12 dts. Acuidade diagnóstica para diferenciar os estádios da fibrose (tabela).

Conclusões: O ARFI e o Fibroscan têm boa acuidade diagnóstica para diferenciar os estádios de fibrose. Contudo, no ARFI, o local

AUROC e desvio padrão

(n = 36)	F1 vs F2-3-4	F1-2 vs F3-4
Fibroscan	0,80 ± 0,08	0,76 ± 0,09
ARFI Superior	0,72 ± 0,09	0,78 ± 0,8
Inferior	0,5 ± 0,1	0,57 ± 0,1
Posterior	0,46 ± 0,1	0,52 ± 0,01
Anterior	0,67 ± 0,02	0,69 ± 0,12
Prof. até 4,5 cm	0,78 ± 0,08	0,89 ± 0,06
Prof. superior a 4,6 cm	0,6 ± 0,01	0,65 ± 0,99

da medição é crítico, mostrando melhores resultados na posição superior do segmento VIII, não ultrapassando a profundidade de 4,5 cm.

7. PREVALÊNCIA DA ESTEATOSE HEPÁTICA NA POPULAÇÃO GERAL PORTUGUESA: A IMPORTÂNCIA DO ÁLCOOL E DA OBESIDADE

S. Carvalhana, L. Ribeiro, F. Silva, J. Leitão, C. Alves, M. Bourbon, H. Cortez-Pinto

Departamento de Gastrenterologia, CHLN; Departamento de Medicina Interna, CHUC; INSA; Unidade de Nutrição e Metabolismo, IMM, FML.

Introdução: A esteatose hepática (EH) é frequente, com prevalência estimada de 20 a 30% na população ocidental. Com o aumento da obesidade e síndrome metabólica, o fígado gordo não-alcóolico (FGNA) tornou-se uma das causas principais de doença hepática crónica nos países ocidentais.

Objetivo: Estimar a prevalência de EH na população adulta Portuguesa e determinar os factores de risco associados.

Métodos: Resultados preliminares dum estudo epidemiológico prospectivo da população adulta portuguesa (e_Cor), agora incluindo apenas a área de Lisboa: amostra não estratificada, representativa. Avaliação da esteatose hepática por ecografia abdominal. Caracterização do consumo de álcool em ausente (SC), ligeiro (CL), moderado (CM) e excessivo (CE) (0, < 20, 20-40 e > 40 g/dia, respectivamente).

Resultados: Estudados 219 indivíduos, 57,1% homens, idade média 51,3 ± 17,4 anos, perímetro cintura médio (PC) 91,4 ± 13,9 cm e índice massa corporal médio (IMC) 27,2 ± 4,9 kg/m², com 22,5% de obesos. Resistência à insulina (HOMA-IR > 2,5) em 31%. Padrões de consumo álcool: 32,4% SC, 40,6% CL, 15,1% CM e 11,9% CE. A ecografia revelou: EH em 38,4% e litíase biliar em 8,7%. Após exclusão dos doentes com CM+CE e hepatite B ou C (3,6%), a prevalência de FGNA foi de 32,5%. Os doentes com EH eram sobretudo homens (69%), com excesso de peso/obesidade (94,6%). Observou-se maior prevalência de EH nos doentes com CE (61,5%), PC (65,2%) e TG (71,1%) aumentados e obesidade (76,1%), p < 0,05. Verificou-se uma correlação significativamente positiva entre a EH e as seguintes variáveis: PC (p = 0,64), IMC (p = 0,56), triglicéridos (p = 0,45), ALT (p = 0,36), GGT (p = 0,29), HOMA-IR (p = 0,26), padrão consumo de álcool (p = 0,22), AST (p = 0,20) e colesterol total (p = 0,19), p < 0,001. Nenhuma correlação foi encontrada com a litíase vesicular.

Conclusões: Prevalência de EH em Portugal é elevada e está associada ao consumo excessivo de álcool, obesidade sobretudo central e aumento dos triglicéridos. Apoio: Cerega/SPG; Bolsa APEF, Roche Farmacêutica; Gilead Sciences

8. MUTAÇÕES DO GENE CARD15 E CIRROSE HEPÁTICA ETÍLICA NA POPULAÇÃO PORTUGUESA

J. Carvalheiro¹, P. Freire¹, R. Cardoso¹, M.M. Donato², S. Lopes¹, C. Agostinho¹, P. Figueiredo^{1,2}, D. Gomes¹, L. Tomé^{1,2}, S. Mendes¹, F. Portela¹, C. Sofia^{1,2}

¹Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Centro de Gastreenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

Introdução: O gene CARD15 está envolvido na regulação da resposta imunológica. Originalmente associados à doença de Crohn, os polimorfismos deste gene têm sido, mais recentemente, relacionados com aumento do risco de algumas infeções e neoplasias. Na cirrose hepática, as mutações do gene CARD15 foram associadas a aumento do risco de peritonite bacteriana espontânea (PBE).

Objetivo: Verificar se, na população portuguesa, as mutações do gene CARD15 são um factor de risco para cirrose hepática etílica (CHE) e averiguar se existe alguma correlação entre o genótipo e o fenótipo nestes doentes.

Material e métodos: Estudo caso-controlo envolvendo a pesquisa das 3 principais mutações do gene CARD15 (3020insC, R702W e G908R) em 128 doentes com CHE e em 202 controlos.

Resultados: Identificaram-se mutações do gene CARD15 em 25 doentes (19,5%) e em 27 controlos (13,4%) ($p = 0,134$). Os doentes incluídos tinham média de idades de $61,1 \pm 11,9$ anos e 77,3% eram do sexo masculino. A idade média de diagnóstico de CHE foi significativamente inferior nos doentes com mutação ($49,0 \pm 12,6$ anos vs $56,7 \pm 11,7$ anos; $p = 0,014$). Os doentes com síndrome hepatorenal (SHR) evidenciaram uma incidência significativamente superior de mutação do gene CARD15 (36,3% vs 16,0%; $p = 0,029$), em especial da variante R702W (27,3% vs 10,4%, $p = 0,034$). Não se identificaram associações significativas entre as mutações do gene CARD15 e a ocorrência de PBE (27,3% vs 16,8%, $p = 0,193$), carcinoma hepatocelular (17,6% vs 19,8%, $p = 0,833$), encefalopatia hepática (22,7% vs 16,1%, $p = 0,347$), rotura de varizes (18,6% vs 20,0%, $p = 0,851$), hepatite alcoólica aguda (30,0% vs 18,0%, $p = 0,384$) ou outras intercorrências infecciosas (18,0% vs 20,5%, $p = 0,726$).

Conclusões: Na população portuguesa, as mutações do gene CARD15 não aumentam o risco de CHE mas associam-se a uma ocorrência mais precoce da doença e constituem um factor de risco para SHR. Estas mutações não se correlacionam com outras complicações da CHE.

9. AVALIAÇÃO DA FIBROSE HEPÁTICA EM 2013: UM OU DOIS MÉTODOS NÃO INVASIVOS?

C. Baldaia¹, F. Serejo¹, H. Proença², P. Sousa¹, J. Gominho³, J. Velosa¹

¹Departamento de Gastreenterologia e Hepatologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, HSM/CHLN. ²Laboratório de Patologia Clínica, Faculdade de Medicina de Lisboa, HSM/CHLN. ³Siemens Diagnostic.

Estão disponíveis vários marcadores não invasivos, directos e indirectos para avaliação da fibrose hepática. Importa conhecer como utilizá-los para melhorar a acuidade diagnóstica, dispensando a biópsia hepática.

Objetivo: Comparar a acuidade diagnóstica na avaliação da fibrose hepática através do ELF (marcador serológico directo), e dois métodos baseados na ultrassonografia, o ARFI e o FIBROSCAN.

Métodos: Foram estudados 57 doentes (dts) com hepatopatia crónica submetidos a biópsia hepática, 28 (50,9%) homens, idade média $49,7 \pm 12,4$ anos. Biópsia hepática (agulha de Menghini) analisada pelo score de Knodell/Scheuer. Etiologias (n): HBV (12), HCV (18), NASH (2), autoimunes (6), Wilson (2), hepatotoxicidade (5) e outras (12). Elasticidade hepática: transitória medida pelo Fibroscan em Kpa (Echosens®, Paris) e por impulsão medida pelo ARFI em m/s (virtual touch™, ACUSON S2000). Teste ELF: amostra de soro para cálculo do score de ELF (ADVIA Centaur™, Siemens) (Gastroenterology 2004;127). Estatística: IBM SPSS Statistic 20.

Resultados: Estádios F0-1 = 26 dts, F2 = 11 dts, F3-4 = 20 dts. Os valores medianos de ELF ($p = 0,001$), Fibroscan ($p = 0,003$) e ARFI ($p = 0,02$) são significativamente diferentes nos estádios da fibrose (Kruskal-Wallis). Ver tabla a pie de página.

Conclusões: Neste grupo heterogéneo de doenças hepáticas o ELF, o Fibroscan e o ARFI revelaram boa acuidade diagnóstica para diferenciar presença ou ausência de fibrose. Contudo, a acuidade diagnóstica para exclusão de fibrose melhorou ao associar dois métodos.

Diagnóstico	Teste	Sensibilidade	Especificidade	%Categorizações correctas (VP+VN)/total
F3-4	ELF	0,47	0,94	77%
Fibroscan	0,5	0,86	75%	
ARFI	0,47	0,78	75%	
ARFI + ELF	0,5	1	88%	
Fibroscan + ELF	0,5	0,94	80%	
F0-1	ELF	0,64	0,78	71%
Fibroscan	0,62	0,63	63%	
ARFI	0,44	0,88	70%	
ARFI + ELF	1	1	83%	
	Fibroscan + ELF	1	1	88%

COMUNICAÇÕES 3

DII/Tubo Digestivo

14 Junho 2013, 09:00-10:30, Sala Fénix II

1. ILEÍTE TERMINAL-DIAGNOSTICOS DIFERENCIAIS E SEGUIMENTO, CASUÍSTA DE 4 ANOS

T. Pinto-Pais, C. Fernandes, I. Ribeiro, S. Fernandes, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho-Serviço de Gastrenterologia.

A ileíte terminal (IT) é uma entidade frequentemente encontrada na prática clínica. A Doença de Crohn (DC) é uma causa importante de IT, mas outras etiologias podem causar inflamação ileal. O diagnóstico diferencial é de crucial importância para o tratamento e seguimento.

Objetivo: Caracterização do grupo de doentes com diagnóstico de IT confirmada imagiologicamente, internados no nosso serviço entre Janeiro/2009 e Fevereiro/2013.

Material e métodos: Estudo observacional, longitudinal descritivo, com revisão retrospectiva de dados demográficos, forma de apresentação clínica, dados laboratoriais, tratamento e respetivo seguimento. O diagnóstico de DC foi obtido por ileocolonoscopia com biópsias. A etiologia infecciosa foi presumida quando se verificou remissão clínica, analítica e imagiológica com antibiótoterapia empírica, e/ou isolamento de microrganismos patogénicos em coproculturas.

Resultados: Avaliados 62 pacientes, com 38,2 anos de mediana de idades (18-82 anos), e discreto predomínio do sexo feminino (56,4%). Em todos, o diagnóstico de IT foi realizado por ecografia abdominal, e confirmado por Tomografia em 62,9%. A principal forma de apresentação foi dor abdominal (93,5%) e diarreia (67,7%). Na nossa amostra, foi identificada etiologia infecciosa em 62,9% (39/62) dos pacientes, o diagnóstico de DC foi realizado em 32,2% (n = 20) doentes e neoplasia do íleo terminal em 4,9% (linfoma-2, adenocarcinoma-1). Em coproculturas, foram identificados microrganismos patogénicos em 8 pacientes: *Campylobacter*-4, *Yersinia*-2 e *Salmonella*-2. Em nenhum caso foi identificada tuberculose ou infeção parasitária. Na análise comparativa entre o grupo com DC e ileíte infecciosa verificou-se, no primeiro grupo, clínica de apresentação mais arrastada, valores médios de parâmetros inflamatórios discretamente superiores (PCR: 9,8 vs 7,4 mg/dL; Leucócitos 16.650 vs 11.170/uL) e de hemoglobina inferiores (10,45 vs 13,5 g/dL), com tempo de internamento superior (10 vs 5 dias).

Conclusões: O diagnóstico de Doença de Crohn do íleo foi realizado em 32,2% dos doentes com IT. Salienta-se também a etiologia infecciosa como causa frequente de inflamação do íleo (62,9% da nossa amostra), e a importância no diagnóstico diferencial desta entidade.

2. CIRURGIA À APRESENTAÇÃO DA DOENÇA DE CROHN ILEAL: QUAL O PROGNÓSTICO?

A. Oliveira, P. Freire, S. Campos, S. Mendes, M. Ferreira, F. Portela, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma entidade heterogênea com comportamento imprevisível. A ressecção intestinal é frequente durante o curso da doença e apesar de não ser curativa in-

duz por vezes uma remissão prolongada. O objetivo deste trabalho é comparar o curso clínico dos doentes com diagnóstico de DC, submetidos a ressecção íleo-cecal aquando do diagnóstico com os restantes.

Material: Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico de DC ileal (L1 da Classificação de Montreal) no período compreendido entre 2000-2007, com follow-up mínimo de 5 anos. Foram divididos em dois grupos: Grupo A-Diagnóstico na peça operatória, após ressecção por abdómen agudo e Grupo B-Diagnóstico convencional pela clínica e exames complementares. Foram avaliados os antecedentes pessoais, parâmetros clínicos e tratamento médico/cirúrgico realizado no seguimento.

Resultados: Incluíram-se 139 doentes (Grupo A-20; Grupo B-119) com tempo de follow-up médio de 8 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os dois grupos no sexo (feminino: A-70%; B-58,8%), história familiar de doença inflamatória, tabagismo ou manifestações extraintestinais. Segundo a Classificação de Montreal, a categoria *Comportamento* evidenciou-se predominantemente penetrante no grupo A (60%) e não penetrante-não estenosante no B (49,6%) ($p < 0,05$), mas sem diferença estatística na categoria *Idade* (A-A2 55%; B-A2 74,8%) ou atingimento perianal (A-0%; B-13,4%). O grupo A necessitou de menos corticosteróides (A-30%; B-86,6%; OR 0,067: 0,02-0,19), imunossuppressores (A-25%; B-73,9%; OR 0,117: 0,04-0,35) e terapêutica biológica (A-5%; B-28,6%; OR 0,132: 0,02-1,02) - $p < 0,05$. No grupo B, 37% dos doentes necessitaram de cirurgia, sendo o tempo médio entre o diagnóstico e a cirurgia de 26 meses. Não se verificou diferença ($p > 0,05$) na taxa de re-intervenção (A-5%; B-10%), nem no tempo decorrido até à mesma (A-5,0 e B-6,1 anos).

Conclusões: Os doentes com diagnóstico de DC estabelecido por ressecção intestinal após abdómen agudo apresentam uma menor necessidade de terapêutica médica.

3. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA DE CROHN PERIANAL- ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO

D. Ferreira, P. Lago, C. Caetano, M. Salgado, I. Pedroto

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

Introdução: As manifestações perianais da Doença de Crohn (MPDC) são múltiplas. A sua prevalência é variável com resultados discrepantes consoante o tipo de estudo, tempo de *follow up* e tipo de manifestações consideradas. A maioria foca apenas fístulas e abscessos e são de uma era prévia à introdução dos anti-TNF.

Objetivo: Caracterizar as complicações perianais de uma coorte de pacientes com Doença de Crohn.

Métodos: Estudo coorte observacional descritivo: 921 doentes com DC. Analisadas 5 MPDC: fístulas, abscessos, estenoses anorectais, úlceras do canal anal e fissuras anais. Variáveis: sexo, classificação DC, tempo seguimento, tipo MPDC, tratamento médico-cirúrgico instituído e resposta observada.

Resultados: 242/921 (26,3%) com MPDC. Idade média diagnóstica DC 31,2A. Sexo: masculino em 46%. Seguimento médio: 15,2A. C. Montreal actual: B1 39,1% B2 36,6% B3 24,3% L1 39,1% L2 29,0% L3 31,9% (+L4 3,4%). Envolvimento rectal: 46,4%. Em 41,6% as MPDC precederam diagnóstico DC. Caracterizadas 603 MPDC. Número médio de manifestações: 2,5/doente. MPDC: 9,1% fissuras; 9,1% úlceras do canal anal; 43% fístulas-maioritariamente complexas; 36,8% abscessos; 2% estenoses ano-rectais (4 pós-hemorroidectomia). Terapêutica ao diagnóstico: 71,9% tiopurina isolada, 2,3% anti-TNF; 0,89% terapêutica combinada. Terapêutica médica actual: Anti-TNF: 9,4%; AntiTNF+tiopurina 25,1%; Tiopurina: 4 3,5%; MTX: 2,6%; MTX+anti-TNF: 4,3%. Abordagem cirúrgica/endoscópica: dilatação estenose ano-rectal (n = 8), Fistulectomia (n = 70), Proctectomia (n = 10, 8 com úlceras do canal anal prévias), retallo

de avanço (n = 9). Resposta ao tratamento médico-cirúrgico: sem resposta 6,4%, resposta parcial 13,2%, resposta completa 70,2%, em avaliação 9,9%.

Conclusões: Nesta coorte 26,3% dos pacientes apresenta pelo menos uma das 5 MPDC. As complicações supurativas são as mais frequentes embora se tenha documentado um elevado número de úlceras do canal anal. As fistulas são maioritariamente complexas exigindo uma abordagem médico/cirúrgica. Actualmente a maioria dos doentes encontra-se sob tratamento com tiopurinas ou combinado. Esta é uma das maiores séries publicadas de caracterização das MPDC.

4. TROPHYRYMA WHIPPLEI E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL-ALGUMA ASSOCIAÇÃO?

S. Campos, P. Freire, P. Figueiredo, M.M. Donato, M. Ferreira, S. Mendes, M.A. Augusta, M.R. Silva, A.M. Ferreira, H. Vasconcelos, F. Portela, C. Sofia

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Introdução: A causa da Doença Inflammatory Intestinal (Dii) é desconhecida, mas existem dados epidemiológicos e fisiopatológicos que sustentam uma etiopatogenia envolvendo fatores genéticos e ambientais. Dos fatores ambientais, o protagonismo tem sido avocado por agentes bacterianos. Atualmente, uma das hipóteses é a da participação de gérmes de cultura difícil ainda não identificados. A *Tropheryma whipplei*, de replicação lenta e exigente, condiciona um espectro de manifestações entre o portador assintomático e a doença de Whipple. Outras características como predisposição para a doença em doentes com défice da resposta imunitária Th1, attingimento preferencial do tubo digestivo, possibilidade de envolvimento sistémico, presença de granulomas na histologia e boa resposta à antibioterapia e corticoterapia, adjudicam a esta bactéria um perfil enquadrável como candidata a agente etiológico da Dii. Com este estudo pretendemos testar esta hipótese que, até à data, nunca terá sido explorada.

Métodos: Seleccionámos aleatoriamente doentes de um serviço de Gastrenterologia submetidos a colonoscopia e dividimo-los em 3 grupos: Grupo 1. Doença de Crohn (DC); Grupo 2. Colite Ulcerosa (CU), ativa ou inativa; Grupo 3. Controlos (sem Dii). Foram efetuadas biópsias no local de attingimento pela doença em g1 (íleon, cólon) e no reto em g2 e g3. As biópsias foram analisadas para pesquisa de *T. Whipplei* por PCR em tempo real com sonda Taqman de sequências repetitivas específicas do genoma da bactéria e por anatomia patológica.

Resultados: G1. 11 doentes (6 íleon, 2 cólon, 3 ileocólica); G2. 77 doentes (37 ativos, 40 inativos); G3. 34 doentes. Identificamos 2 casos de *T. Whipplei* por PCR, 1 em g2 (inativo) e 1 em g3. Em ambos, a avaliação anatomopatológica não detetou o gérmes.

Conclusões: Os nossos dados, com pesquisa da *T. Whipplei* no local de attingimento da doença, não lhe atribuem um papel major na etiologia de Dii.

5. A ERK5 ACELERA A PROGRESSÃO NO CICLO CELULAR E A MIGRAÇÃO CELULAR EM CÉLULAS SW620 DE CANCRO DO CÓLON

A.E.S. Simões¹, S.E. Gomes¹, D.M. Pereira¹, R.E. Castro^{1,2}, C.J. Steer³, S.N. Thibodeau⁴, P.M. Borralho^{1,2}, C.M.P. Rodrigues^{1,2}

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

A sobre-expressão de ERK5 e do seu activador directo, MEK5, foi reportada no cancro da próstata e da mama, estando associada a um maior potencial proliferativo, metastático, de resistência à te-

rapêutica e pior prognóstico. Demonstrámos a sobre-expressão destas cinases no cancro do cólon (CC), por imunoblotting, em 260 amostras de CC, incluindo mucosa colónica normal, adenomas tubulovilosos, adenocarcinomas sem instabilidade de microsátélites (pMMR) e adenocarcinomas esporádicos com instabilidade de microsátélites (dMMR). Mais ainda, demonstrámos que o silenciamento de ERK5 in vitro aumenta significativamente a apoptose e sensibiliza ao 5-FU. No presente estudo, avaliamos a expressão da ERK5 na progressão do CC, e determinámos in vitro o papel da sua activação diferencial na progressão no ciclo celular e na migração, por citometria de fluxo e wound healing, respetivamente. A ERK5 e MEK5 encontram-se sobre-expressas em adenomas (p < 0,01) e adenocarcinomas pMMR e dMMR, em comparação com tecido colónico normal (p < 0,05). Segundo a classificação TNM, tumores com classificação (T4), (N1-2), e (M1) apresentam uma maior expressão de ERK5, comparado com tumores com classificação (T1-3), (N0), e (M0), respetivamente (p < 0,01). Estes dados sugerem o envolvimento da ERK5 na progressão do CC e na aquisição de potencial invasivo e metastático. De seguida, produzimos linhas celulares com activação diferencial da ERK5 por sobre-expressão estável de MEK5 constitutivamente ativa (MEK5DD), dominante-negativa (MEK5AA) e vector vazio (controlo), após transdução de células SW620 com lentivírus e seleção de células em citometria de fluxo. Os nossos resultados demonstraram que a sobreactivação da ERK5 contribui significativamente para uma progressão acelerada no ciclo celular (p < 0,01) e para um aumento de migração, até três vezes (p < 0,001), em comparação com ERK5 inactiva e controlo. Em conclusão os resultados obtidos mostram que a via MEK5/ERK5 poderá constituir um importante novo alvo terapêutico no CC.

Financiado por SPG e FCT (PTDC/SAU-GMG/099162/2008, PTDC/SAU-ORG/119842/2010, PEst-OE/SAU/UI4013/2011, SFRH/BD/79356/2011 e SFRH/BD/88619/2012).

6. NEUROESTIMULAÇÃO DO NERVO TIBIAL POSTERIOR E BIOFEEDBACK NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL-RESULTADOS PRELIMINARES

H. Coelho Lima, M. Mascarenhas Saraiva

Manoph-Laboratório de Endoscopia e motilidade digestiva, Porto.

Introdução: A incontinência fecal (IF) consiste na perda involuntária ou acidental de conteúdo fecal. Esta patologia apresenta variadíssimas causas, podendo ocorrer associação de várias comorbilidades limitantes para o indivíduo. O biofeedback (BF) é uma opção terapêutica de carácter comportamental que permite ao paciente, não só melhorar o controlo da função defecatória, como também fornecer estratégias que lhe permitam uma melhor gestão da sua condição. A neuroestimulação do nervo tibial posterior (NENTP) é um método pouco invasivo de neuromodulação, atualmente usado para tratamento da IF. Este método também tem sido proposto para tratamento de várias disfunções do pavimento pélvico.

Objetivo: Estudo prospectivo, com avaliação dos resultados preliminares de um protocolo terapêutico da incontinência fecal agrupando BF e NENTP, tendo como objetivo rimário a avaliação do score de Wexner antes e depois do tratamento.

Material e métodos: Foram seleccionados seis pacientes que, predominantemente, apresentavam IF. Foram realizados uma manometria ano-rectal e o score de wexner, antes e depois do tratamento, para avaliação dos resultados. Os diferentes elementos foram submetidos, semanalmente, a uma sessão de NENTP, seguida de BF. Este esquema repetiu-se durante 12 semanas.

Resultados: Denotou-se uma clara melhoria do score de Wexner em todos os doentes, assim como da sensibilidade retal na grande maioria dos pacientes, além de uma potenciação da pressão de contração voluntária em 5 doentes.

Conclusões: Este estudo sugere a eficácia da neuroestimulação combinada com biofeedback no tratamento da IF e consequentemente na qualidade de vida dos pacientes. No entanto, estudos adicionais serão necessários para futuras conclusões.

7. A SOBRE-EXPRESSÃO DE MIR-143 E MIR-145 AUMENTA A SENSIBILIDADE AO CETUXIMAB EM CÉLULAS HCT116 DE CANCRO DO CÓLON COM KRAS MUTADO

S.E. Gomes¹, A.E.S. Simões¹, D.M. Pereira¹, R.E. Castro^{1,2}, P.M. Borralho^{1,2}, C.M.P. Rodrigues^{1,2}

¹Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences (iMed.UL). ²Department of Biochemistry and Human Biology, Faculty of Pharmacy, University of Lisbon.

O miR-143 e o miR-145 apresentam expressão diminuída em diversos tipos de cancro, incluindo no cancro do cólon (CC). Demonstrámos anteriormente que a sobre-expressão de miR-143 em CC reduz o crescimento tumoral e a proliferação celular, aumenta a morte celular e sensibiliza para o 5-fluorouracilo. A resistência ao anticorpo monoclonal anti-EGFR, cetuximab, nomeadamente em tumores com KRAS mutado, limita a sua utilização clínica. Colocámos a hipótese de que a sobre-expressão destes miRNAs sensibiliza células de CC com KRAS mutado para o cetuximab, através da modulação da expressão dos seus genes alvo, envolvidos na sinalização via EGFR-Ras-Raf-MEK-ERK. No presente estudo foram produzidas linhas celulares com sobre-expressão estável de miR-143, miR-145 ou miR-143/145 e vetor vazio (controlo), por transdução de células HCT116 com retrovírus contendo plasmídeos MSCV-Neo, seguida de seleção com 418. A sobre-expressão dos miRNAs foi confirmada por RT-PCR Taqman. A viabilidade e proliferação de células expostas a concentrações crescentes de cetuximab, até 1600 mg/ml, ou veículo (controlo), foram avaliadas em tempo real, usando o sistema xCELLigence, e também por MTS. A expressão de proteínas alvo destes miRNAs foi avaliada por immunoblotting. Os nossos resultados demonstraram que a sobre-expressão de miR-145 e miR-143/145 aumenta significativamente o tempo de duplicação celular ($p < 0,05$). Mais importante, a sobre-expressão de miR-143 e/ou miR-145 sensibilizou células HCT116 com KRAS mutado para o cetuximab, traduzido pela redução em, pelo menos, 50% do IC50, quando comparado com células controlo ($p < 0,05$). Mais ainda, a sobre-expressão de miR-143 e miR-145 reduziu a expressão de ERK5 e RREB1, respetivamente. Em suma, a sobre-expressão de miR-143 e/ou miR-145 representa uma potencial oportunidade terapêutica, podendo ser relevante na re-sensibilização de tumores de CC, com KRAS mutado, ao cetuximab sendo, no entanto, necessários mais estudos para explorar os mecanismos moleculares envolvidos.

Financiado por SPG, e FCT (PTDC/SAU-OR G/119842/2010, PEstOE/SAU/UI4013/2011, SFRH/BD/88619/2012 e SFRH/BD/79356/2011).

8. COLONOSCOPIA TOTAL APÓS PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES POSITIVA NO RASTREIO DE CANCRO COLORETAL

L.C. Lourenço, A.M. Oliveira, C. Rodrigues, F. Cardoso, L. Ricardo, A. Martins, J. Reis, J.R. Deus

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução e objetivo: O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas em vigor advoga o rastreio do cancro coloretal (CCR) com pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) a toda a população entre os 50 e 74 anos. Os autores propuseram-se avaliar os resultados do rastreio de CCR baseado em PSOF positiva, seguida de colonoscopia total, numa unidade hospitalar.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional numa coorte de doentes que realizaram colonoscopia total durante o ano de 2012, na sequência de PSOF positiva. Excluídos indivíduos com risco familiar de CCR, antecedentes de CCR ou pólipos coloretais. Avaliaram-se variáveis demográficas, número e tipo de lesões encontradas. As lesões malignas e pré-malignas foram caracterizadas quanto a dimensão, localização, histologia e método de remoção.

Resultados: De 1542 doentes que realizaram colonoscopia em ambulatório, o motivo de exame foi PSOF positiva em 92 casos, dos quais 77 foram incluídos neste estudo. Idade média: 64 anos (50-74). Sexo masculino: 55%. Detetaram-se adenomas em 48% dos casos ($n = 37$). Destes foram considerados de alto risco 67% ($n = 25$), 7 com displasia de alto grau. Em 13 casos foram encontrados adenomas no cólon direito (17%). Índice de deteção de adenomas = 0,96. Registou-se apenas um adenocarcinoma invasivo (T3N0M1) do reto. Em 3 casos, as lesões foram removidas cirurgicamente (adenocarcinoma e 2 adenomas com displasia de alto grau com excisão endoscópica parcial). Outras alterações encontradas foram doença hemorroidária, divertículos do cólon, pólipos não adenomatosos e angiodisplasias. A colonoscopia foi normal em 22% dos casos.

Discussão: Os resultados da nossa amostra sugerem um impacto importante da PSOF na seleção de doentes para colonoscopia total, face à elevada taxa de deteção de adenomas. Salienta-se a proporção de lesões pré-malignas encontradas no cólon direito. Impõe-se o desenvolvimento de programas organizados que afirmem a qualidade dos programas de rastreio de CCR.

9. POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: QUE OPÇÃO CIRÚRGICA?

R. Küttner Magalhães¹, R. Marcos-Pinto¹, R. Pimentel¹, A. Rocha², M. Santos², I. Pedrito¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto. ²Serviço de Cirurgia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: A cirurgia profilática em doentes com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) compreende duas abordagens: colectomia total com anastomose ileo-rectal (AIR) e proctocolectomia total com anastomose ileo-anal com bolsa (AIAB). A escolha pode ser determinada pela experiência do centro e fenótipo do doente.

Objetivo: Avaliar a opção cirúrgica (AIAB vs AIR) em doentes com PAF num centro diferenciado e relacionar variáveis pré-operatórias e resultado pós-cirúrgico.

Material e métodos: Recolha retrospectiva dos dados demográficos e clínicos relativos a doentes com PAF operados e seguidos em consulta regular.

Resultados: De 67 doentes, com média de idade de 47,3 anos (20-83), 58,2% eram do sexo feminino e em 83,6% dos casos foi identificada mutação do gene APC. Apresentavam tumores desmóides 16,4% e adenomas duodenais 26,9%. Com uma média de idade de 34,2 anos, 77,6% foram submetidos a colectomia total com AIR e 22,4% a proctocolectomia total com AIAB. Entre doentes que foram submetidos a AIR ou AIAB, não se registaram diferenças relativas ao sexo, idade, identificação de mutação, número de pólipos no cólon, atingimento do recto e pólipos no seguimento pós-operatório. Doentes com AIR tinham menos tumores desmóides, quando comparados com doentes com AIAB (9,3% vs 40,0%, $p = 0,012$), menos adenomas duodenais (15,4% vs 67,7%, $p < 0,001$), tiveram menos complicações relacionadas com a cirurgia (5,8% vs 46,7%, $p = 0,001$), menos reintervenções cirúrgicas (11,5% vs 40,0%, $p = 0,020$), necessitaram de maior vigilância endoscópica (12,5 vs 4,3 exames, $p < 0,001$) e não tiveram natalidade inferior (7,7% vs 40,0%, $p = 0,006$). Só um doente com AIR foi reoperado por adenocarcinoma do recto.

Conclusões: Apesar de não se ter verificado associação entre alguns factores clássicos de indicação para AIR ou AIAB, os doentes com AIAB tiveram mais complicações relacionadas com a bolsa, mais necessidade de reintervenção cirúrgica, mas não natalidade inferior, com resultados a longo prazo semelhantes.

COMUNICAÇÕES 4

Fígado

14 Junho 2013, 09:00-10:30, Sala Fénix I

1. DETERMINANTES DO PADRÃO DIETÉTICO NO RISCO DE DESENVOLVER FÍGADO GORDO NÃO ALCÓOLICO NA POPULAÇÃO PORTUGUESA

L. Ribeiro, S. Carvalhana, F. Silva, J. Leitão, M. Bourbon, H. Cortez Pinto

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Hospital Santa Maria.

Introdução: O fígado gordo não alcoólico (FGNA) apresenta prevalência de 20 a 30% na população ocidental. A sua crescente incidência sugere papel influente dos estilos de vida, sobretudo da dieta, na sua patogénese.

Objetivo: Determinar relação entre o padrão dietético e FGNA, na população.

Métodos: Resultados preliminares dum estudo da população portuguesa, agora incluindo apenas a área de Lisboa: amostra não estratificada, representativa, realizou: análises sanguíneas; medições antropométricas; ecografia hepática (para avaliação da esteatose hepática) e questionários validados de frequência alimentar e consumo de álcool.

Resultados: Amostra com 219 indivíduos, 58 excluídos por consumo de álcool > 20 g por dia e presença de hepatite B ou C. Amostra final: 161 indivíduos, 32,5% FGNA; 43,5% homens; idade média $48,0 \pm 17,5$ anos; perímetro cintura $89,5 \pm 14,2$ cm; índice massa corporal $27,0 \pm 5,3$ Kg/m², sendo 21,7% obesos dos quais 74,3% com FGNA. Verificámos que o consumo de álcool foi significativamente superior (5,78 g/d vs 3,92 g/d; $p = 0,042$) no grupo com FGNA. Não encontramos diferenças significativas na ingestão calórica total média, ou no consumo percentual de macronutrientes, entre os 2 grupos. Observámos maior prevalência de FGNA, com $p < 0,05$, nas seguintes situações: consumos calóricos baixos (< 1829,5 kcal/d), médios (2195-2786,4 kcal/d) e elevados (> 2786,5 kcal/d), comparativamente com moderados (1829,5-2194,9 kcal/d); consumos hidratos de carbono (HC) baixos (< 213 g/d) e médios (261-354,9 g/d) comparativamente a moderados (213-260,9/d), associados a HC complexos; consumos de gordura saturada baixos (< 18,5 g/d), médios (25-32,9 g/d) e elevados (> 33 g/d) comparativamente a moderados (18,5-24,9 g/d); e consumos de gordura monossaturada baixos (< 29 g/d) e elevados (> 51 g/d), comparativamente a consumos médios (37-50,9 g/d).

Conclusões: Não se encontrou um padrão dietético definido associado à esteatose. Aparentemente consumos mais extremos (elevados ou baixos), de calorias, lípidos e HC, associaram-se a maior prevalência de FGNA. Estes resultados devem ser interpretados com reservas, pela dimensão da amostra e tendência dos obesos a reportarem consumos inferiores aos reais.

Apoios: Cerega/SPG; Bolsa APEF, Roche Farmacêutica; Gilead Sciences

2. FATTY LIVER INDEX: VALIDAÇÃO E SUA APLICAÇÃO NO FÍGADO GORDO NÃO ALCÓOLICO E OBESIDADE VISCERAL

C. Fernandes, T. Pais, I. Ribeiro, S. Fernandes, A.P. Silva, M. Alves, R. Almeida, B. Lima, J. Carvalho, J. Fraga

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/ Espinho Associação de apoio à investigação e formação em gastrenterologia e hepatologia.

Introdução: O diagnóstico definitivo de esteatose hepática é obtido por biópsia. A ecografia é considerada uma alternativa válida. Outros métodos têm surgido para prever a esteatose hepática, nomeadamente o Fatty Liver Index¹ (FLI) - calculado através de valores de triglicéridos, IMC, perímetro cinto e gama-GT.

Objetivo: Validar o FLI na população geral. Estudo da aplicabilidade do FLI na predição de obesidade visceral e na esteatose hepática sem consumo excessivo de álcool.

Material e métodos: Análise prospetiva de 288 indivíduos (idade média 60,8 anos) submetidos a ecografia abdominal com medição de gordura visceral (GV) e classificação de esteatose hepática de acordo com o índice hepatorenal. Avaliação laboratorial e questionário para avaliação do consumo de álcool realizado no mesmo dia. Usados cut-offs originais para Fatty Liver Index. Cut-off de GV de acordo com Ribeiro et al. Cut-off consumo de álcool: 30 g homem/20 g mulher. Esteatose hepática dividida em grupos: 1. Sem esteatose/leve; 2. Moderada/intensa. Estatística: cálculo de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN); e área sob a curva ROC (AUROC).

Resultados: 288 indivíduos (53,8% sexo masculino), dos quais 29,0% com esteatose hepática moderada/intensa. Aplicando o FLI (> 60) à população observa-se sensibilidade 73%, especificidade 77%, VPN 87%; VPP 57% para predição de esteatose-AUROC: 0,80; O FLI (> 60) revelou adequada capacidade de predição de obesidade visceral (sensibilidade 68%, especificidade 77%, VPN 83%; VPP 60%-AUROC de 0,81). Aplicando o FLI ao fígado gordo não alcoólico observa-se igualmente boa acuidade na predição de esteatose (sensibilidade 68% especificidade 81%; VPP 61%, VPN 86%-AUROC: 0,80).

Conclusões: Na nossa amostra o Fatty Liver Index revelou adequada acuidade para prever esteatose hepática e obesidade visceral.

Bibliografia

1. Tiribelli C, et al. The Fatty Liver Index: a simple and accurate predictor of hepatic steatosis in the general population. *BMC Gastroenterology* 2006.

3. *HELICOBACTER PYLORI* E HIPERAMONIÉMIA NA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA SUBCLÍNICA: RELAÇÃO OU ILUSÃO?

M. Barbosa¹, C. Marinho¹, P. Mota², J. Cotter¹

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães. ²Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução: A encefalopatia hepática subclínica (EHS) é caracterizada por alterações neurocognitivas discretas. É controverso se a infecção por *Helicobacter pylori* pode estar implicada na ocorrência de EHS ao contribuir para a hiperamoniémia que existe na cirrose.

Objetivo: Verificar a relação entre a infecção por *H. pylori*, hiperamoniémia e presença de EHS numa população de cirróticos.

Material e métodos: Estudo prospetivo que avaliou 102 doentes cirróticos observados em ambulatório. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, etiologia da cirrose, Child-Pugh, MELD, encefalopatia subclínica (definida como pontuação psicométrica da encefalopatia hepática ≤ 4 pontos), infecção por *H. pylori* (detectada pela

pesquisa do antígeno fecal) e amónia sanguínea. Critérios de exclusão: encefalopatia clínica, analfabetismo, consumo etílico, hemorragia digestiva, peritonite bacteriana espontânea activa ou recente, terapêutica com psicotrópicos, inibidores da bomba de prótons e de eradicção de *H. pylori* recente. Nível de significância utilizado: 0.05.

Resultados: Dos 102 doentes avaliados, 41 foram incluídos: 31 homens, idade média 57 anos, 81% com etiologia etilica, 31 em classe A e 10 em B (Child-Pugh), MELD médio de 6. A prevalência da EHS foi de 34% e a da infecção por *H. pylori* de 22%. Verificou-se hiperamoniemia em 98% dos doentes. Os valores médios da amónia não foram estatisticamente diferentes nos doentes com e sem infecção por *H. pylori* (49.8 ± 1.8 vs 45.7 ± 13.6 $\mu\text{mol/L}$; $p = 0.468$), nem nos doentes com e sem EHS (48.50 ± 13.3 vs 45.6 ± 15.6 $\mu\text{mol/L}$; $p = 0.555$). A taxa de EHS foi superior nos doentes com *H. pylori* (56% vs 28%), embora sem significado estatístico ($p = 0.125$). Constatou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre os níveis da amónia e o MELD ($p = 0.009$).

Conclusões: Cerca de um terço dos cirróticos têm encefalopatia hepática subclínica e a infecção por *H. pylori* não se relacionou com a presença da mesma. Os doentes com doença hepática mais grave apresentaram níveis mais elevados de amónia não relacionados com a infecção por *H. pylori*.

4. ELASTICIDADE HEPÁTICA MEDIDA POR REAL-TIME ELASTOGRAPHY E SÍNDROME METABÓLICO NA NAFLD: QUE RELAÇÃO?

M. Barbosa, S. Leite, C. Marinho, J. Cotter

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

Introdução: Dados recentes sugerem que na doença do fígado gordo não-alcoólico (NAFLD), a diminuição da elasticidade hepática associa-se a aumento da fibrose hepática. O síndrome metabólico é um factor de risco conhecido para esteatohepatite não-alcoólica e fibrose avançada.

Objetivo: Verificar se o síndrome metabólico se relaciona com a diminuição da elasticidade hepática nos doentes com NAFLD. Verificar ainda se há relação entre a elasticidade hepática e as variáveis demográficas, o índice de massa corporal (IMC), o perímetro abdominal e o grau de esteatose.

Material e métodos: Estudo prospectivo que incluiu doentes com NAFLD não-cirróticos. Variáveis estudadas: sexo, idade, IMC, síndrome metabólico (definido segundo os critérios de NCEP/ATPIII), grau de esteatose hepática ecográfica (classificação: ligeiro, moderado e grave) e elasticidade hepática (avaliada por *real-time elastography* e definida através da elasticidade média tecidual (EMT)). Nível de significância utilizado: 0.05.

Resultados: Trinta doentes avaliados, excluídos 5 por incapacidade de realização de elastografia: 13 mulheres, idade média de 53 anos, IMC médio de 30 kg/m², perímetro abdominal médio de 101cm. A prevalência do síndrome metabólico foi de 60% ($n = 15$). Grau de esteatose: ligeiro em 13 doentes, moderado em 10 e grave em 2. A EMT média foi de 105 ± 8 . Os doentes com síndrome metabólico não apresentaram valores de EMT inferiores (105 vs 104 ; $p = 0.848$). Verificaram-se correlações negativas entre a EMT e a idade ($p = 0.026$) e a EMT e o perímetro abdominal ($p = 0.013$). Os homens apresentaram valores de EMT mais elevados ($p = 0.007$). A EMT não se correlacionou com o IMC nem com o grau de esteatose ($p = 0.131$; $p = 0.185$).

Conclusões: Na NAFLD, a elasticidade hepática avaliada por *real-time elastography* correlacionou-se inversamente com o perímetro abdominal e a idade, não se verificando contudo relação com a presença do síndrome metabólico. O sexo feminino associou-se a valores mais baixos de elasticidade hepática.

5. HEPATITE C CRÓNICA: O IMPACTO ACTUAL E AS IMPLICAÇÕES FUTURAS

T. Araújo, D. Ferreira, R. Magalhães, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, T. Moreira, J. Ferreira, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital Geral de Santo António.

Introdução: A hepatite C Crónica (HCC) encontra-se inserida num cenário clínico em constante evolução, condicionando a necessidade de uma gestão clínica mais eficiente.

Objetivo: Categorizar os doentes com HCC.

Métodos: Estudo retrospectivo de um coorte de 541 doentes observados na consulta de Janeiro 2011 a Janeiro de 2012. Variáveis analisadas: idade, sexo, grau de fibrose, genótipo do HCV, doentes com contra-indicação a tratamento com interferão (IFN), motivo para a contra-indicação terapêutica com IFN, genotipagem do polimorfismo da IL28B, número actual de candidatos a tratamento.

Resultados: A idade média foi de $53,72 \pm 13,02$ anos (67.7% sexo masculino). O genótipo 1 foi o mais frequente (50.5%), seguindo-se os genótipos 3, 4, 2 (20%, 4.5% e 2.5%, respectivamente). Dos doentes que realizaram estadiamento de fibrose ($n = 352$), 54% apresentavam grau de fibrose F4-F3, 17.7% F2 e 28.3% F1-F0. 58% ($n = 312$) do total de doentes tinham sido submetidos a terapêutica prévia (90.1% com IFN e ribavirina), 37.5% não tinham feito qualquer tratamento e 4.5% não apresentavam dados analisáveis sobre terapêutica. Dos doentes com indicação para retratamento, sem contra-indicação ao IFN ($n = 85$), 28.2% eram doentes genótipo não 1 e 71.8% genótipo 1; destes últimos 24.5% apresentavam cirrose. 14.8% ($n = 80$) apresentavam contra-indicações à terapêutica com IFN, sendo as mais frequentes a patologia psiquiátrica e a trombocitopenia. De 46 doentes genótipo 1 nos quais foi testada a IL-28B: 47.7% CT, 35.4% CC e 16.9% TT; nos genótipos não 1 ($n = 19$): 42.1% CT, 31.6% CC e 26.3% TT.

Conclusões: Esta análise descritiva permite-nos otimizar a curto prazo a gestão clínica dos doentes infectados com o VHC e alertar-nos para a necessidade de futuras terapêuticas, sem interferência e para doentes com genótipo não 1, dado o elevado número de doentes a necessitar destas terapêuticas ($n = 104$).

6. PODERÁ A TERLIPRESSINA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE LESÃO RENAL AGUDA NOS DOENTES COM HIPERTENSÃO PORTAL E HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA?

R. Cardoso, A.R. Alves, P. Amaro, M. Ferreira, J.M. Romãozinho, C. Sofia

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

Introdução: A Terlipressina está aprovada exclusivamente no tratamento da Hemorragia Digestiva Varicosa (HDV) e do Síndrome Hepato-Renal Tipo I. No entanto, não existem dados sobre o seu papel na profilaxia da Lesão Renal Aguda (LRA) nos doentes com Hipertensão Portal (HTP), nomeadamente no contexto de Hemorragia Digestiva Alta.

Objetivo: Determinar se a terapêutica com Terlipressina nos doentes com HDV reduz a incidência de LRA quando comparados com doentes com HTP e Hemorragia Digestiva Alta Não-Varicosa (HDNV).

Doentes e métodos: Incluídos todos os doentes com HTP admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastreenterologia com HDNV num período de 5 anos (grupo HDNV). Para o grupo HDV seleccionaram-se aleatoriamente doentes com HDV tratados na mesma unidade com Terlipressina. Utilizados como critérios de LRA um aumento da creatininemia $> 50\%$ face à admissão ou um aumento $\geq 0,3$ mg/dl em < 48 horas.

Resultados: Recrutaram-se 75 doentes (25 grupo HDNV vs 50 grupo HDV), não se tendo verificado diferenças entre os dois grupos relativamente ao sexo (homens: 72% vs 68%), média de idades (60,8 vs 59,0 anos), gravidade da doença hepática (Classe C de Child-Pugh: 52,0% vs 30,4%; $p = 0,074$) ou magnitude da hemorragia (Hemoglobina inicial: 7,6 vs 8,7 mg/dL; $p = 0,067$). Os doentes com HDNV apresentavam creatininemia inicial significativamente superior aos do grupo com HDV (1,42 vs 0,88 mg/dL; $p < 0,001$). Embora a incidência de LRA tenha sido reduzida (5 doentes no total), esta foi significativamente superior nos doentes com HDNV (5,3% vs 1,3%; $p = 0,04$).

Conclusões: A reduzida incidência de LRA na nossa amostra reforça a importância da admissão de doentes portadores de HTP com hemorragia digestiva alta numa unidade de cuidados intensivos dedicada. A utilização da Terlipressina no grupo com HDV associou-se a uma redução da ocorrência de LRA. No entanto, dada a reduzida dimensão da amostra e à heterogeneidade entre grupos, estes resultados devem ser validados prospetivamente.

7. INFECÇÕES NA CIRROSE HEPÁTICA, A PERSPECTIVA DE UM HOSPITAL CENTRAL

T. Capela, D. Carvalho, M. Silva, M. Costa, P. Russo, M. Mendes, M. Pinto, A. David Marques

Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de Santo António dos Capuchos.

Introdução: A Cirrose Hepática (CH) é uma patologia grave de evolução inexorável para a morte sem o tratamento adequado. As infecções são uma importante causa de descompensação e a primeira causa de mortalidade nestes doentes. O tratamento é dificultado pela elevada prevalência de infecções nosocomiais, multiresistentes. Actualmente preconiza-se antibioterapia (AB) profilática nalguns doentes, existindo autores que alertam para os riscos desta medida.

Objetivo: Análise retrospectiva dos exames culturais (EC) colhidos nos doentes com cirrose hepática descompensada, e respectiva caracterização demográfica, gravidade da CH, agente isolado e relação com profilaxia antibiótica.

Métodos: Análise das culturas de líquido ascítico (CLA), hemoculturas (HC) e uroculturas (UC) colhidas entre 1/1/2011 e 31/12/2012 em doentes com cirrose hepática descompensada admitidos numa enfermaria de Gastrenterologia de um Hospital Central e caracterização dos doentes com culturas positivas.

Resultados: Observados 703 pedidos de EC, sendo 67 positivos (9,53%), correspondendo a 32 doentes. 40,3% ($n = 27$) dos EC positivos referem-se a CLA e 33,8% ($n = 22$) a HC. A Idade média dos pacientes foi $58,97 \pm 10,55$ anos. 71,9% ($n = 23$) eram do sexo masculino. O score médio de Child Pugh prévio ao episódio foi B9. Predominaram as infecções nosocomiais, com 80,6% ($n = 54$). Isolaram-se 46 agentes Gram-, 16 Gram+ e 5 fungos. A *Escherichia coli* foi o agente mais frequente ($n = 25$), seguindo-se *Staphylococcus aureus* metilicilino resistente (MRSA) ($n = 9$), e *Enterococcus faecium* ($n = 7$). Identificaram-se agentes multiresistentes a 3/+ fármacos em 69,4% e a 5/+ fármacos em 53,2%. 35,8% dos EC corresponderam a doentes sob norfloxacina profilática, tendo predominado neste grupo a infecção a agentes Gram+ (47,6% nos sob profilaxia versus 14,6% nos sem profilaxia; $p = 0,021$).

Conclusões: As infecções nosocomiais multiresistentes predominaram nos doentes analisados. A incidência de Infecções a Gram+ foi estatisticamente superior nas culturas de doentes sob profilaxia. Estes dados devem alertar-nos para os riscos do tratamento empírico e da profilaxia antibiótica.

8. RESULTADOS A CURTO PRAZO DA TERAPÊUTICA TRIPLA COM INIBIDORES DA PROTEASE NA HEPATITE C CRÓNICA

A. Ferreira, R.T. Marinho, C. Ferreira, R. Raimundo, P. Sousa, M.S. Dias, P. Ferreira, C. Baldaia, F. Serejo, H.C. Pinto, F. Ramalho, J. Velosa

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia; Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Espera-se a melhoria significativa da efectividade com os inibidores da protease na terapêutica da hepatite C crónica, genótipo 1. Os doentes com fibrose hepática intensa/cirrose são aqueles com maior necessidade de tratamento a curto prazo. O objetivo foi avaliar a efectividade e segurança da terapêutica tripla na prática clínica.

Pacientes e métodos: Foram avaliados os doentes com hepatite C crónica genótipo 1 que iniciaram terapêutica com interferão peguilado $\alpha 2$, ribavirina e boceprevir ou telaprevir, entre Agosto de 2011 e Agosto de 2012. Foram incluídos parâmetros demográficos, laboratoriais incluindo virémia (semanas 4, 12, 24 e 48) e reações adversas (RA).

Resultados: A população ($n = 46$) apresentou idade média de $52,2 \pm 9,3$ anos, 67% (31/46) do sexo masculino e 74% (34/46) tinha cirrose diagnosticada por histologia ou elastografia transitória. O polimorfismo CT da IL-28B era o mais prevalente 63% (22/35), CC 14% (5/35); 59% (27/46) foram tratados com boceprevir. Verificou-se resposta viral às 48 semanas em 49% (19/39). Sete ainda estão em tratamento (32-40 semanas). Suspendeu-se terapêutica de acordo com as regras de futilidade em 28% (13/46) dos doentes, dois às quatro e às oito semanas, cinco às 12 e quatro às 24. Cinco doentes (11%) apresentaram RA que obrigaram à suspensão, um faleceu e outro parou por carcinoma hepatocelular. As RA mais frequentes foram neutropénia $< 1000/\mu\text{L}$ (24/46), fadiga (23/46), trombocitopenia $< 100.000/\mu\text{L}$ (22/46), anemia $< 10 \text{ g/dL}$ (20/46) e toxidermia (11/46). Hemoglobina basal média de 15,1 g/dL e 10,9 g/dL aos três meses.

Conclusões: Na vida real, metade dos doentes com fibrose avançada/cirrose negataram a carga vírica às 48 semanas, com incidência apreciável de RA. Dois quintos (39%) não terminaram a terapêutica. Verificaram-se RA significativas em mais de metade da população estudada, nomeadamente sob a forma de citopenias e rash cutâneo. Para lidar com estas terapêuticas é necessário uma equipa multidisciplinar com contacto estreito com hematologia, dermatologia e psiquiatria.

9. FÍGADO GORDO NÃO ALCOÓLICO: PREVALÊNCIA, MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES E GORDURA VISCERAL-UM ESTUDO NUMA POPULAÇÃO ADULTA

T. Pinto-Pais¹, C. Fernandes¹, I. Ribeiro¹, S. Fernandes¹, A.P. Silva¹, M. Alves¹, R. Almeida¹, B. Lima², J. Carvalho¹, J. Fraga¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

²Associação de Apoio à Investigação e Formação em gastrenterologia e Hepatologia.

Introdução: O Fígado Gordido, alcoólico e não alcoólico tem sido associado a um aumento de doença cardiovascular (DCV). As alterações carotídeas têm sido utilizadas como marcador de risco cardiovascular. Alguns estudos sugerem um maior risco de DCV nos indivíduos com fígado gordo, nomeadamente uma maior prevalência de doença aterosclerótica.

Objetivo: Estudar a associação entre a esteatose hepática avaliada por ultrassonografia e alterações cardiovasculares, nomeadamente o estudo carotídeo, e obesidade.

Pessoas e métodos: Análise prospetiva de indivíduos com idade superior a 50 anos, submetidos a rastreio de risco médio de cancro colorectal. Colhidos dados socio-demográficos, antropométricos e analíticos. O consumo de álcool foi considerado excessivo quando >

20 g/dia nas mulheres, e > 30 g/dia nos homens. Todos foram submetidos à realização de ecografia abdominal, com avaliação e graduação da esteatose hepática e gordura visceral, por dois gastroenterologistas experientes. Realizado ecodoppler carotídeo, com graduação do espessamento da íntima, e presença de placas ateromatosas.

Crítérios de exclusão: Consumo excessivo álcool. Efetuada análise descritiva dos dados e posteriormente análise comparativa univariada usando o teste do Qui-quadrado para as variáveis discretas. Valores de p.

Resultados: Incluídos 121 indivíduos, 63,6% (77) sexo feminino. Do total de indivíduos, 80 tinham achados normais e 41 tinham achados de espessamento da íntima (EI) ou placas. A presença de esteatose (ligeira, moderada ou intensa) tem a sua frequência aumentada nos indivíduos com achados de EI ou placas (68,3%) quando comparados com os que têm achados normais (48,8%) (RR = 1,74; p = 0,04). Também a obesidade visceral é factor de risco para achados de EI ou placas (RR = 2,53; p < 0,001).

Conclusões: A prevalência de esteatose nesta população de indivíduos com fígado gordo não alcoólico foi de 48,8%. Encontramos uma associação positiva entre a esteatose hepática e a presença de alterações carotídeas, sugerindo um aumento de risco cardiovascular nestes indivíduos.

Casos Clínicos

14 Junho 2013, 09:00-10:30, Sala Lyra

1. CETOACIDOSE DIABÉTICA, HIPERTRIGLICERIDÉMIA E PANCREATITE AGUDA: A TRIÁDE ENIGMÁTICA E O PAPEL DA PLASMAFERESE.

A. Santos, P. Amaro, M. Ferreira, N. Almeida, J.M. Romãozinho, C. Sofia

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 44 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal, localizada nos quadrantes superiores, com irradiação à região dorsal acompanhada de náuseas e vômitos, com cerca de 8h de evolução. Objectivamente destacava-se: IMC 22 Kg/m², normoglicémia e dor exuberante à palpação abdominal com defesa nos quadrantes superiores. Analiticamente a referir: sangue quiloso, leucocitose, hiperamilasémia (> 3xLSN) e acidose metabólica severa (pH 7,13) com hipertrigliceridémia grave (10660 mg/dL). Realizou radiografia torácica que evidenciou derrame pleural bilateral e ecografia abdominal que excluiu litíase biliar. A tomografia computadorizada abdominal evidenciou necrose da cauda do pâncreas, com extenso exsudado peripancreático. Perante o quadro clínico sugestivo de pancreatite aguda com necrose pancreática, derrame pleural e hipertrigliceridémia severa o doente foi internado em Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e iniciou Plasmaferese com redução da hipertrigliceridémia (261 mg/dL) e melhoria das queixas algícas abdominais. Por persistência de acidose metabólica severa apesar da evolução clínica favorável, efectuou-se estudo etiológico exaustivo, identificando-se Cetoacidose diabética como forma de manifestação inaugural de Diabetes mellitus tipo 2. Com a instituição de insulinoaterapia em perfusão, verificou-se melhoria clínica, analítica e imagiológica progressiva.

Conclusões: A associação entre cetoacidose diabética e hipertrigliceridemia grave, muitas vezes com pancreatite aguda, já foi discutida em relatos de caso e estudos epidemiológicos. A etiologia

desta relação ainda não é totalmente conhecida, pelo que chegou a ser denominada “triângulo enigmático”. Sugere-se que a cetoacidose diabética possa ser o evento inicial, levando à hipertrigliceridémia devido à deficiência de insulina e consequente pancreatite aguda. A plasmaferese é uma técnica eficaz na rápida redução dos níveis de triglicéridos, eventualmente contribuindo para a evicção do risco de complicações da pancreatite aguda por esta etiologia. Foram encontrados apenas dois casos similares na literatura tratados por Plasmaferese.

2. VARIZES ECTÓPICAS IATROGÉNICAS-ETIOLOGIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA RECORRENTE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

T. Correia, N. Almeida, C. Sofia

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Varizes ectópicas são colaterais venosas porto-sistémicas dilatadas, em localizações não habituais, estando tipicamente associadas à hipertensão portal ou a intervenções cirúrgicas abdominais prévias.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 76 anos, sexo masculino, admitido por hematoquécias. Negava outra sintomatologia ou a introdução recente de novos fármacos. Apresentava antecedentes de internamentos prévios por episódios similares, não se tendo esclarecido a etiologia da hemorragia digestiva. Era acompanhado em consulta de Medicina Interna por anemia microcítica ferropénica (com necessidade de transfusões mensais e cumprindo protocolo de infusões de ferro endovenoso) e hipertensão portal de etiologia não definida. Apresentava, igualmente, antecedentes de gastrectomia parcial com montagem em Billroth-II, por úlcera gástrica, há 13 anos. No contexto das hemorragias digestivas prévias tinha realizado diversos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente endoscopias digestivas altas (EDA) e baixas assim como angio-TC abdominal. Esta última revelou a presença de estruturas tubulares e tortuosas, calcificadas, na proximidade da anastomose intestinal. Tinha realizado vídeo-cápsula endoscópica que identificou múltiplas estruturas vasculares proeminentes, ao longo de todo o trajecto, sem hemorragia activa. Após estabilização inicial, com necessidade de suporte transfusional, procedemos à realização de EDA, visualizando varizes esofágicas de grau I, sem foco hemorrágico aparente. Optou-se, então, por proceder à execução de enteroscopia de pulsão, alcançando-se a anastomose distal do Y-de-Roux onde se identificou varizes ectópicas, uma delas com ponto de rotura. Obliterou-se a mesma com recurso a cianoacrilato+lipiodol®, em 2 injeções com 1 cc de mistura cada. O doente não apresentou recidiva hemorrágica e apresenta valores normais de hemoglobina após dois anos de seguimento.

Conclusões: As varizes ectópicas iatrogénicas são uma entidade pouco comum na prática clínica corrente, podendo necessitar de avaliações exaustivas, com recurso, por exemplo, à enteroscopia de pulsão. Evidencia-se a eficácia da terapêutica com cianoacrilato nas varizes gastrointestinais. Apresenta-se iconografia.

3. DISFUNÇÃO DE ENXERTO ASSOCIADA A DÉFICE DE ALFA 1 ANTI-TRIPSINA

M. Jerónimo, S. Nobre, S. Ferreira, M.A. Cipriano, I. Gonçalves, E. Furtado

Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

O défice de alfa 1 anti-tripsina (AAT) é uma doença autossómica recessiva frequente embora por vezes subdiagnosticada. O fenó-

tipo SZ está associado a um défice leve a moderado da enzima, podendo cursar com disfunção hepática. Apresenta-se o caso de uma menina de 5 anos, submetida a transplante hepático (TRH) aos 4 meses (dador vivo isogrupal-mãe, segmentos II e III) por atresia das vias biliares extra-hepáticas (AVBEH), com portoenterostomia de Kasai não funcionante, e défice de AAT com fenótipo SZ. Sob terapêutica imunossupressora com tacrolimus, micofenolato de mofetil e prednisolona, que cumpria. Em M53 pós-TRH iniciou padrão flutuante de elevação das enzimas de citólise e colestase, com valor máximo de Aspartato Aminotransferase (AST) de 95 UI/L, Alanina Aminotransferase (ALT) de 134 UI/L e Gama-glutamilttransferase (GGT) de 110 U/L. Analiticamente sem anemia, eosinofilia ou monocitose, função hepática normal e proteína C reactiva negativa. Excluídas as principais infecções víricas. Valor de ceruloplasmina dentro da normalidade e perfil de autoimunidade hepática negativo. Valor de AAT diminuído (0,75 g/L). A ecografia abdominal não mostrou alterações. A biópsia hepática mostrou uma hepatite ligeira com raros glóbulos com coloração positiva com ácido periódico de Schiff (PAS). A imunohistoquímica mostrou depósitos de AAT. A revisão da biópsia hepática do dador (mãe) por imunohistoquímica mostrou depósitos de AAT. Analiticamente, a mãe apresentava um défice de AAT (0,57 g/L), estando em curso a fenotipagem. Perante uma disfunção de enxerto devem ser excluídas causas como infecção, rejeição, alterações vasculares ou défice de imunossupressão. O défice de AAT, frequente em Portugal, deve ser considerado. A evolução destes enxertos permanece desconhecida.

4. METASTIZAÇÃO CUTÂNEA APÓS GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA

T. Meira¹, J. Fonseca^{1,2}, C. Santos², J. Santos³, J. Freitas¹

¹Serviço de Gastroenterologia. ²Grupo de Nutrição Entérica.

³Serviço Cirurgia General Hospital Garcia de Orta, Hospital Garcia de Orta.

Homem de 66 anos com o diagnóstico de carcinoma pavimento-celular da laringe-T2pN2cM0. Submetido a laringectomia, antes do início da radioterapia procedeu-se a colocação de tubo de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) pelo método de Guaderer-Ponsky "Pull" para assegurar aporte nutricional entérico. O exame endoscópico realizado não mostrou alterações da mucosa gástrica. O tubo de gastrostomia foi removido cerca de 6 meses após a cirurgia por retoma da via oral. Cerca de 6 meses após o encerramento da gastrostomia o doente recorreu à Consulta de Nutrição Entérica por massa com 7 cm, a nível abdominal superior, no local da PEG. Submetido a endoscopia digestiva alta que mostrou neoplasia do corpo gástrico, as biópsias efectuadas revelaram carcinoma pavimento-celular pouco diferenciado sem revestimento gástrico ou cutâneo. A tomografia abdominal revelou espessamento irregular do corpo gástrico com extensão directa à parede abdominal configurando lesão sólida com 6,4 x 4,9 cm. Admitiu-se metastização gástrica e cutânea no local da fistula da PEG de carcinoma pavimento celular da laringe, submetido a gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux. A alimentação entérica deve ser considerada nas neoplasias cervicais, sendo muitas vezes necessária a realização de gastrostomia percutânea endoscópica. A disseminação tumoral no local da PEG é uma complicação rara com o método Guaderer-ponsky "Pull" (0-7-2%). A hipótese mais provável para a disseminação é a sementeira directa durante a passagem do tubo da gastrostomia. Nas neoplasias cervicais deverão ser equacionados métodos "Push" para a inserção do tubo de gastrostomia. Desta forma, evita-se a passagem pela orofaringe, diminuindo o contacto com células tumorais e reduzindo a possibilidade de implantação tumoral no local da gastrostomia.

5. PNEUMONITE NA COLITE ULCEROSA

R. Herculano, I. Chapim, P. Costa, L. Carvalho, S. Marques, M. Tulio, S. Santos, L. Matos

Hospital Egas Moniz/ Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: A terapêutica biológica pode ser responsável por uma doença pulmonar intersticial inflamatória inespecífica, com poucos casos descritos na doença inflamatória intestinal.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma doente de 28 anos com antecedentes de colite ulcerosa e pancreatite aguda (associada à messalazina). Por apresentar doença activa (Score de Mayo 9) e corticod dependência, iniciou terapêutica com adalimumab (dose de 40 mg quinzenal). Por ausência de clara melhora e incapacidade de descontinuação da corticoterapia, passou-se a um esquema semanal, constatando-se melhora clínica e ficando livre de corticoterapia passados 3 meses. Cerca de 6 meses após início da terapêutica biológica (em remissão clínica) iniciou um quadro de febre intermitente, tosse com expectoração escassa, perda ponderal e adenopatias mandibulares. Por suspeita de infecção respiratória alta (faringo-amigdalite e posteriormente traqueobronquite) efectuou vários cursos de antibioterapia, sem melhora, tendo-se decidido interromper o adalimumab. Por agravamento do quadro clínico foram efetuados vários exames adicionais: TC torácica que identificou lesões pulmonares intersticiais bilaterais dispersas; broncofibroscopia que se revelou negativa para estudo bacteriológico, micobacteriológico e micológico; restante estudo etiológico revelou-se inconclusivo (culturas e serologias negativas); decidida biópsia pulmonar que mostrou infiltrado linfoplasmocitário com alguns polimorfonucleares e células gigantes mononucleadas de corpo estranho, sem granulomas (negativo para tuberculose e sarcoidose). Colocou-se a hipótese de pneumonite associada ao adalimumab, pelo que iniciou corticoterapia, verificando-se clara e rápida melhora clínica e imagiológica do quadro.

Conclusões: Apesar de raro o adalimumab pode induzir uma lesão pulmonar de tipo inflamatório, que deve ser estabelecida após exclusão de outras causas. Do nosso conhecimento, este é o primeiro caso a ser reportado num doente com colite ulcerosa.

6. SÍNDROME DE SWEET COMO MANIFESTAÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM DOENTE COM DOENÇA DE CROHN

D. Trabulo, C. Teixeira, C. Martins, S. Ribeiro, J. Mangualde, A.L. Alves, F. Augusto, I. Cremers, A.P. Oliveira

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

Homem de 36 anos, com o diagnóstico de Doença de Crohn (DC) ileo-cólica (fenótipo A2L3B2 de MonteReal), sob terapêutica com infliximab desde há 8 anos, internado por febre (39°C) e lesões cutâneas em alvo, elevadas, bem circunscritas, dolorosas, não pruriginosas, localizadas na face, pescoço, tronco e membros superiores. Negava sintomatologia respiratória ou abdominal, mantendo o padrão defecatório habitual (2 dejeções normais/dia). Analiticamente, salientava-se elevação dos parâmetros inflamatórios e da LDH, bem como hipoalbuminémia. Colocaram-se as hipóteses de reacção secundária ao infliximab, rash infeccioso, tuberculose cutânea, manifestação extra-intestinal de DC ou neoplasia hematológica. As serologias para CMV, EBV, toxoplasmose, HIV, vírus hepatotrópicos, *Rickettsia*, *Borrelia*, bem como as hemoculturas revelaram-se negativas. A biópsia cutânea revelou dermatite perivascular e intersticial com infiltrado misto, sem vasculite, compatível com Síndrome de Sweet (SS) com pesquisa de BAAR negativa. Foi instituída corticoterapia, observando-se apirexia transitória, melhora dos parâmetros inflamatórios e das lesões cutâneas. Após uma semana, verificou-se recorrência da febre e sudorese nocturna profusa. A radiografia e TC

tórax revelaram padrão micronodular difuso e foco de densificação parenquimatosa com broncograma aéreo, sugestivas de tuberculose pulmonar. O teste de IGRA e a pesquisa de BAAR no lavado bronco-alveolar revelaram-se positivas. Iniciou antibióticos, encontrando-se actualmente clinicamente melhorado. A SS caracteriza-se por placas cutâneas com infiltração neutrofílica, constituindo um processo reactivo, frequentemente associado a doenças infecciosas, auto-imunes, inflamatórias sistémicas ou neoplasias hematológicas. A associação entre SS e infecção por micobactérias é extremamente rara, encontrando-se apenas descritos 12 casos na literatura, todos com linfadenite por micobactérias atípicas. Do nosso conhecimento, trata-se do primeiro caso descrito na literatura da associação entre SS e tuberculose pulmonar num doente com DC. O reconhecimento precoce desta associação é essencial, uma vez que pode conduzir a um diagnóstico e terapêutica adequados.

7. QUISTO MESOTELIAL: UMA CAUSA RARA DE “ASCITE”. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

I. Chapim, R. Herculano, M.A. Túlio, S. Marques, T. Bana, L. Matos

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, S. Serviço de Gastrenterologia.

Mulher, 27 anos, caucasiana, natural do Brasil, residente em Portugal desde há 7 anos, sem antecedente médicos relevantes. Referenciada à consulta de Gastrenterologia por “ascite” volumosa com aproximadamente 1 ano de evolução, sem outros sintomas associados. Sem história, nem estigmas de doença hepática crónica. Para investigação fez os seguintes exames complementares: Análises laboratorial sem alterações relevantes; serologias virais, autoanticorpos e marcadores tumorais negativos; Serologias para Schistosomíase negativa. Paracentese diagnóstica (líquido ascítico turvo com cristais de colesterol; GASA < 1,1 (620 cells, 74% monócitos/macrófagos); exame cultural e pesquisa BK negativos. TC abdominal e Ecografia abdominal com doppler: volumosa ascite nos recessos peritoneais inferiores, de conteúdo não puro, condicionando empurramento de todas as estruturas intra e retro peritoneais; fígado sem alterações; veia porta dentro da normalidade com velocidades normais; índice de resistência ao débito na artéria hepática normal; veias supra hepáticas sem alterações. Efectuou ainda RM que confirmou os achados descritos. Para exclusão de patologia orgânica ginecológica, realizada ecografia transvaginal, mostrando quisto anexial puro já descrito, sem outras alterações e colpocitologia negativa para células neoplásicas. Excluídas principais causas de ascite decide-se realização de Laparoscopia exploradora; convertida em laparotomia após evidência de ascite septada e volumoso quisto peritoneal efectuada exeresse cirúrgica. Histologia compatível com quisto mesotelial do peritónio.

Justificação: Trata-se de doente jovem que se apresenta clínica e imagiologicamente com “ascite” e cuja investigação exaustiva não foi conclusiva quanto à sua causa. Apenas após laparotomia exploradora foi possível diagnóstico e tratamento adequados. O quisto do mesentério é uma entidade nosológica rara, com uma incidência inferior a 1/100.000 das admissões hospitalares.

8. HEMORRAGIA DIGESTIVA OCULTA DE ETIOLOGIA INCOMUM

A. Fernandes¹, P. Serra², N. Moreira³, A.M. Ferreira¹, S. Mendes¹, N. Almeida¹, P. Figueiredo¹, M. Meruje², L. Carvalho³, L. Castro², C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC. ²Serviço de Anatomia Patológica. ³Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HG.

Introdução: A ganglioneuromatose intestinal é uma patologia rara do sistema nervoso entérico. A dor abdominal e os quadros

suboclusivos representam as manifestações clínicas mais frequentes, mas a hemorragia digestiva oculta pode constituir uma apresentação de difícil investigação.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 66 anos, seguido na consulta de Hematologia desde 1998 por anemia ferropénica, com necessidade de administração regular de ferro endovenoso e, ocasionalmente, transfusões de glóbulos vermelhos. Sem história de perdas hemáticas visíveis e sem registo de consumo de antiagregantes, anticoagulantes ou anti-inflamatórios. O exame físico e o estudo analítico inicial não apresentavam outras alterações além da anemia hipocrómica microcítica. Foi submetido a ileocolonosopia e endoscopia digestiva alta (EDA) que não evidenciaram alterações de relevo. Foi então referenciado à consulta de Gastrenterologia para investigação adicional, apresentado um valor mínimo de hemoglobina de 6,9 g/dL com VGM de 67 fL. Efetuada Enteroclise por TC e TC abdomino-pélvica que não revelaram alterações. A enteroscopia por cápsula evidenciou, a nível do jejuno, uma estenose ulcerada que condicionou retenção temporária da videocápsula. Para esclarecimento da referida lesão foi submetido a uma enteroscopia de duplo balão, tendo sido visualizada pequena úlcera jejunal que se biopsou mas a histologia não mostrou alterações significativas. Por persistência da anemia com necessidade transfusional, optou-se pela realização de laparotomia exploradora, que culminou na enterectomia de um segmento de íleon, que se apresentava ulcerado, estenosado e rígido. O estudo histológico foi compatível com diagnóstico de ganglioneuromatose difusa. Cinco meses após a cirurgia o doente está assintomático, com hemoglobina de 13,6 g/dL, sem necessidade de ferro.

Conclusões: Este caso relata uma forma esporádica de ganglioneuromatose isolada do íleon, uma entidade rara, com uma apresentação atípica, e de difícil diagnóstico apesar do estudo exaustivo que foi efectuado. A história natural e o eventual risco acrescido de neoplasias ainda não estão bem estabelecidos.

9. O QUE ESCONDE UMA DIARREIA CRÓNICA?

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

Serviço de Gastrenterologia, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.

Caso clínico: Homem, 50 anos, natural do Alentejo, sem doenças conhecidas, apresentou-se na consulta de Gastrenterologia com quadro com um ano de evolução de diarreia pós-prandial, sem sangue, e emagrecimento de 30% do peso corporal. Referia também disfunção erétil e diminuição da sensibilidade dos membros inferiores (MIs), com início dois anos antes. Negava consumo de fármacos, álcool ou drogas; sem história epidemiológica ou familiar relevante. Era portador de exames analíticos, endoscópicos e imagiológicos, todos eles sem alterações relevantes, permitindo excluir doença celiaca, doença inflamatória intestinal, síndrome carcinóide ou paraneoplásica. Posteriormente, realizou electromiografia que revelou polineuropatia sensitiva distal dos MIs e síndrome do túnel cárpico; foi então colocada a hipótese de polineuropatia amiloidótica familiar (PAF), confirmada pela presença em heterozigotia da mutação Val30Met no gene da transtirretina (TTR). A revisão das biópsias de delgado e cólon, para pesquisa de amiloide, foram negativas. O doente foi referenciado a uma consulta de Paramiloidose e submetido a transplante hepático 3 meses depois.

Discussão: A PAF é uma doença do grupo das amiloidoses, em que a transtirretina mutada se deposita, principalmente, nos nervos periféricos e autonómicos, causando a sua disfunção. É uma doença de transmissão autossómica dominante, endémica em Portugal, especialmente em algumas regiões do Norte do país. O doente do caso clínico é natural do Alentejo, não tem ascendência conhecida nas regiões endémicas, e os seus pais, com 80 anos, não têm mani-

feições da doença. Tem dois irmãos, 60 e 52 anos, ambos assintomáticos, um deles portador da mutação. Este caso é interessante por se tratar de um diagnóstico raro a Sul do país, o que pode ter justificado o atraso no diagnóstico.

COMUNICAÇÕES 5

Tubo Digestivo

14 Junho 2013, 11:00-12:30, Sala Lyra

1. MAASTRICHT IV: SERÁ O FIM DO ESQUEMA DE ERRADICAÇÃO EMPÍRICO TRIPLO NA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL?

J.M. Romãozinho^{1,2}, N. Almeida², M.M. Donato¹, C. Luxo³, O. Cardoso³, M.A. Cipriano⁴, C. Marinho⁴, C. Sofia^{1,2}

¹Centro de Gastreenterologia da Faculdade de Medicina de Coimbra. ²Serviço de Gastreenterologia; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

⁴Laboratório de Microbiologia da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Introdução: O esquema empírico de erradicação do *Helicobacter pylori* (Hp) mais utilizado universalmente envolve a associação de um inibidor da bomba de prótons (IBP) com a claritromicina e amoxicilina ou metronidazol. As recomendações de Maastricht IV sugerem que este protocolo não seja utilizado quando as taxas de resistência à claritromicina na população superam os 15 a 20%.

Objetivo: Estabelecer as taxas de sucesso do esquema de erradicação empírico triplo, determinando a resistência do Hp à claritromicina e eventuais fatores associados à falência do tratamento.

Doentes e métodos: Estudo prospectivo, englobando 80 doentes (sexo masculino-23; média etária-41 ± 13) da região centro do país, sem tratamento prévio do Hp, referenciados para erradicação por dispepsia e/ou anemia. Realizada EDA com biópsias para estudos histológicos/microbiológicos. Instituído, após a EDA, protocolo de erradicação triplo (Pantoprazol+Claritromicina+Amoxicilina, 14 dias) com controlo posterior por teste respiratório. Estudados diversos fatores com potencial influência no sucesso final (idade, sexo, local de residência, antecedentes pessoais e familiares de patologia gástrica, consumo de azeite/álcool/tabaco, IMC, perfis genéticos do Hp, ocorrência de efeitos adversos e aderência à terapêutica). Análise estatística com SPSS v20.0.

Resultados: Completaram o tratamento 75% dos doentes registando-se efeitos adversos em 46,3%. Conseguida erradicação do Hp em 68,8%. Constatada resistência à claritromicina em 20% das amostras de Hp sendo a mutação mais comum a A2143G. Identificaram-se como fatores associados a insucesso do tratamento (Hp+ vs Hp-): infeções frequentes (32% vs 10,9%); tabagismo ativo (20% vs 3,6%); gene vacA s2 (72% vs 47,3%); gene vacA m2 (96% vs 74,5%).

Conclusões: Na região centro de Portugal a taxa de erradicação do Hp com o esquema empírico triplo é muito reduzida. As taxas de resistência à claritromicina são elevadas e, seguindo as recomendações de Maastricht IV, este esquema tradicional não deve ser utilizado como primeira escolha nesta região, sobretudo em doentes fumadores ou com antecedentes de infeções frequentes.

2. MUTAÇÕES DO GENE CARD15 E CANCRO GÁSTRICO NA POPULAÇÃO PORTUGUESA

P. Freire¹, P. Figueiredo^{1,2}, R. Cardoso¹, M.M. Donato², A. Sá³, F. Portela¹, J.M. Romãozinho^{1,2}, C. Sofia^{1,2}

¹Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Centro de Gastreenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. ³Hospital Dia de Oncologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O gene *CARD15* está envolvido na resposta imune inata e as suas mutações têm sido associadas ao aumento do risco de doença de Crohn e de cancro colo-rectal. A relação entre as mutações do gene *CARD15* e o risco de cancro gástrico (CG) permanece controversa.

Objetivo: Verificar se, na população portuguesa, as mutações do gene *CARD15* são um factor de risco para CG esporádico e averiguar se existe alguma correlação entre o genótipo e o fenótipo nestes doentes.

Material e métodos: Estudo caso-controlo envolvendo a pesquisa das três principais mutações do gene *CARD15* (3020insC, R702W e G908R) em 150 doentes com CG e em 202 controlos.

Resultados: Detectaram-se mutações do gene *CARD15* em 28 doentes (18,7%) e em 27 controlos (13,4%) ($p = 0,176$). Individualmente, a incidência da variante 3020insC foi significativamente superior nos doentes com CG do que nos controlos (6,0% vs 1,0%, $p = 0,021$). Este polimorfismo associou-se a um aumento do risco de CG do tipo intestinal ($p = 0,002$), não se verificando qualquer relação com os tipos difuso e misto. A frequência genotípica das variantes R702W (10,0% vs 7,9%) e G908R (4,0% vs 4,0%) não foi significativamente diferente entre os dois grupos. Da mesma forma, não se detectaram associações significativas entre esses dois polimorfismos e os diferentes tipos histológicos de CG. Não se identificou qualquer correlação significativa entre as mutações do gene *CARD15* e a existência de história familiar de CG, a idade média ao diagnóstico ou estadio da neoplasia.

Conclusões: Na população portuguesa, a variante 3020insC do gene *CARD15* é um factor de risco para CG do tipo intestinal. As mutações do gene *CARD15* não se correlacionam com a idade de diagnóstico, com a agregação familiar da doença, nem com o estadio do CG.

3. FATORES ASSOCIADOS COM ACHADOS POSITIVOS NA ENTEROSCOPIA POR CAPSULA EM DOENTES COM HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA

I. Ribeiro, J. Marques, T. Pinto Pais, C. Fernandes, J. Silva, R. Pinho, A. Rodrigues, L. Leite, J. Carvalho, M. Figueiredo, J. Fraga

Serviço de Gastreenterologia; Serviço de Imunohemoterapia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia, Espinho.

A enteroscopia por capsula (EC) é um exame de eleição na investigação da hemorragia digestiva obscura (HDO). A identificação de fatores associados com achados positivos na EC poderá ser útil para melhorar a utilização de recursos bem como para facilitar a seleção de doentes com indicação para este exame na HDO.

Objetivo: Identificar fatores associados com achados positivos na EC em doentes com HDO.

Material: Estudo retrospectivo de 214 EC (208 doentes) realizadas por HDO entre 2005-2013. Analisadas as características demográficas, tipo de HDO (oculta versus manifesta), número de transfusões, tipo de achado positivo, número de endoscopias digestivas altas (EDA) e colonoscopias (CT) realizadas previamente à EC, valor de hemoglobina, medicação e comorbilidades. Calculado índice de comorbilidades de Charlson. A HDO manifesta foi subdividida em passada e ativa. Apenas lesões com elevado potencial hemorrágico

(P2-úlceras, angiodisplasias típicas, tumores/massas, erosões múltiplas e sangue) foram classificadas como achados positivos. Testes estatísticos: t-student; qui-quadrado.

Resultados: 59%-mulheres; idade média-62anos. HDO oculta-64,5% (88,4%-anemia ferropénica; 11,6%-pesquisa de sangue oculto positiva). HDO manifesta-35,5% (passada-63,2%; ativa-36,8%). Achados positivos-43% (angiodisplasias-31,9%; úlceras-28,6%; sangue-25,3%, tumor/massa-6,6%). Número médio de EDA e CT-1,3 e 1,2, respetivamente. Achados positivos na HDO manifesta ativa-93%, HDO passada-45,8% e HDO oculta-31,2%. A identificação de achados positivos na EC foi significativamente superior na HDO manifesta ativa ($p < 0,001$). Os achados positivos na EC estão significativamente associados com maior número de EDA ($p < 0,001$) e CT ($p < 0,001$) prévias, maior necessidade de suporte transfusional ($p < 0,001$), doença renal moderada/severa ($p = 0,009$) e ingestão de AINES ($p = 0,005$).

Conclusões: O estudo sugere que a EC deve ser usada numa fase precoce da HDO. Hemorragia manifesta ativa, maior número de endoscopias e transfusões, doença renal moderada/severa e ingestão de AINES, associaram-se a mais achados positivos na EC.

4. RISCO DE CANCRO NO ESÓFAGO DE BARRETT. A METODOLOGIA DE ESTUDO INFLUENCIA O RISCO?

A. Dias Pereira^{1,2}, P. Chaves^{1,2}

¹Grupo de Estudos do Esófago de Barrett, Serviços de Gastrenterologia e Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, EPE. ²Faculdade de Ciências da Saúde, UBI.

Introdução: Desde 2001, o risco de adenocarcinoma (ADC) no esófago de Barrett (EB) tem sido estimado em 0,5%. Resultados de estudos recentes de base populacional mostraram riscos tão baixos como 0,12%. Nos estudos de base endoscópica, o tempo de vigilância (TVE) é calculado desde a endoscopia índice (diagnóstico do EB) até à última endoscopia realizada. Nos estudos de base populacional, o tempo de vigilância (TVP) é calculado desde o diagnóstico do EB até ao diagnóstico de ADC ou ADC/Displasia Alto Grau (DAG), morte ou final do estudo.

Objetivo: Avaliar a incidência de ADC e ADC/DAG numa coorte de doentes com EB.

Material e métodos: Coorte prospectiva de doentes com EB (qualquer extensão, presença de metaplasia intestinal, negativo para displasia na endoscopia índice); endoscopias periódicas com

biópsias de acordo com os *guidelines* e protocolo de Seattle. Tempo de vigilância: TVE e TVP (eventos até 30/06/2012). Diagnóstico de ADC/DAG indicação para cirurgia ou terapêutica endoscópica; se diagnosticados no 1º ano de vigilância, excluídos da análise.

Resultados: Coorte de 331 doentes (251H/80M), média de idades 56,8 anos (21-87). Média da extensão do EB: 3,5 cm (1-16); 58% segmentos longos (≥ 3 cm); média de TVE 6,2 anos (1-26); média de TVP 9,7 anos (1-28); 3 doentes perdidos (0,9%); 71 falecidos (21,5%), 1 por ADC do esófago (0,3%). ADC: 3 doentes (2 T1sm em exames de vigilância e 1 estágio IV, seis anos após abandono da vigilância); DAG: 5 doentes. Incidência de ADC com base no TVE e TVP (tempo de vigilância de 2064 e 3214 doentes-anos): 0,09% (IC95% 0,02-0,32 e 0,02-0,25). A incidência conjunta de ADC/DAG foi de 0,34% (IC95% 0,14-0,67) e 0,25% (IC95% 0,12-0,47) para TVE e TVP.

Conclusões: Na população portuguesa, a incidência de ADC e de ADC/DAG no EB é baixa e não foi influenciada pela metodologia utilizada para calcular o tempo de vigilância.

5. CONCORDÂNCIA INTEROBSERVADOR NO DIAGNÓSTICO E GRADUAÇÃO DA DISPLASIA NO ESÓFAGO DE BARRETT

A. Dias Pereira^{1,4}, R. Fonseca², P. Borralho³, P. Chaves^{2,4}

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, IPOLFG, EPE. ³Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e Instituto de Anatomia Patológica, FMUL. ⁴Faculdade de Ciências da Saúde, UBI.

Introdução: A progressão neoplásica no esófago de Barrett (EB) faz-se através da sequência EB-displasia-adenocarcinoma(ADC). A displasia é graduada em negativa (NEG), indefinida (IND), baixo grau (DBG) e alto grau (DAG). Existe evidência de que o diagnóstico e graduação da displasia, especialmente IND e DBG, é subjectivo e pouco reprodutível.

Objetivo: Avaliar a concordância interobservador no diagnóstico e graduação da displasia no EB.

Material e métodos: Seleccionadas todas as lâminas com o diagnóstico de IND ($n = 26$) e DBG ($n = 24$) e, aleatoriamente, lâminas classificadas como NEG ($n = 23$). Classificação, com ocultação do diagnóstico inicial, por 3 patologistas gastroentestinais em NEG, IND, DBG ou DAG. Avaliação da concordância interobservador utilizando a estatística Kappa ($K < 0,40$ -pobre; $> 0,6$ -boa).

Resultados: Tabelas 1 e 2. Em 16 lâminas (diagnóstico inicial: 3 IND e 13 DBG) de 9 doentes, ≥ 2 patologistas graduaram a displasia

Tabela 1. Diagnósticos inicial e de cada patologista

	NEG	IND	DBG	DAG
Inicial	23	26	24	
Patologista 1	29	28	15	
Patologista 2	23	23	25	2
Patologista 3	18	20	28	7
Parte superior do formulário				

Tabela 2. Coeficientes K dos patologistas emparelhados e média dos coeficientes

		Par1	Par2	Par3	Média
Todos os doentes($n = 73$)	NEG vs Displasia	0,82	0,36	0,51	0,56
Dº inicial Displasia ($n = 50$)	NEG vs Displasia	0,78	0,38	0,55	0,55
Dº inicial Displasia ($n = 50$)	Classificação da Displasia	0,45	0,09	0,47	0,34
Dº inicial IND ($n = 26$)	Classificação da Displasia	0,29	0,04	0,34	0,22
Dº inicial DBG ($n = 24$)	Classificação da Displasia	0,54	0,33	0,73	0,53

Parte inferior do formulário.

em \geq DBG. Dos 9 doentes, 1 submetido a ablacção por radiofrequência; 2 falecidos 5 e 12 anos depois, sem progressão; 1 mucosectomias de 2 lesões (DBG), vivo; 5 progrediram para DAG(2) e ADC(3), decorridos em média 3 anos (1 a 8).

Conclusões: Quando 2 patologistas independentes concordam com o diagnóstico prévio de DBG, a probabilidade de progressão para DA G/ADC é elevada.

6. DISPLASIA GÁSTRICA DE BAIXO GRAU: EVOLUÇÃO A LONGO PRAZO

D. Ferreira¹, R. Marcos-Pinto¹, M. Salgado¹, R. Dias², I. Pedroto¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto. ²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Objetivo: Apesar da reconhecida importância da displasia como penúltima etapa da carcinogénese gástrica, a sua história natural não está esclarecida. O objetivo do presente trabalho consiste em analisar a evolução a longo prazo da displasia de baixo grau, não submetida a tratamento endoscópico/cirúrgico.

Métodos: Analisados retrospectivamente 51 casos de displasia de baixo grau, com um follow-up mínimo de 12 meses (média-47,8 meses). Relacionadas as seguintes variáveis: idade, sexo, antecedentes (cirurgia gástrica, úlcera, familiares com neoplasia gástrica), grau de atrofia/metaplasia intestinal. Foi também estudada a relação estatística (teste Qui 2) entre as variáveis: evolução (regressão, manutenção e evolução do grau histológico) tipo de lesão endoscópica (mucosa plana, nodular, deprimida) e distribuição anatómica.

Resultados: Dos 51 casos analisados, 46% pertenciam ao sexo masculino. 5/51 (9,8%) doentes apresentavam idade inferior a 55 anos e simultaneamente história familiar de cancro gástrico. 48/51 (94%) apresentavam atrofia e metaplasia intestinal extensa e 37 (72,5%) displasia apenas no antro. Relativamente ao aspecto endoscópico, 27/51 (53%) apresentavam displasia em mucosa plana, 20/51 (39,2%) em mucosa nodular e 4/51 (7,8%), em mucosa deprimida. O grau histológico regrediu em 30/51 (58,8%) dos casos (tempo médio de 9,1 meses), manteve-se em 13/51 (25,5%) e evoluiu em 8/51 (15,7%, tempo médio de 32 meses). Das lesões que regrediram, 20/30 (66,7%) foram detectadas inicialmente em mucosa plana ($p < 0,008$). Os oito que tiveram evolução histológica das lesões apresentavam inicialmente displasia de baixo grau multifocal, enquanto nenhum dos restantes apresentou multifocalidade ($p < 0,001$).

Conclusões: A quase totalidade dos doentes apresentou no diagnóstico atrofia/metaplasia intestinal extensa. A maioria (58,8%) apresentou regressão das lesões no seguimento e 15,4% dos casos tiveram evolução do grau histológico. Neste estudo a detecção inicial das alterações em mucosa plana correlacionou-se significativamente com a sua regressão. A multifocalidade das lesões relacionou-se com a sua progressão de uma forma estatisticamente significativa.

7. TERAPÊUTICA DE ERRADICAÇÃO DE *HELICOBACTER PYLORI*-AINDA HAVERÁ LUGAR PARA O TRATAMENTO TRIPLO STANDARD?

D. Ferreira, F. Castro-Poças, R. Marcos-Pinto, S. Barrias, G. Pereira, I. Pedroto

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

Introdução: O esquema de erradicação de *Helicobacter pylori* (HP) mais utilizado é o triplo standard (TTS): IBP em dose dupla e claritromicina associada a amoxicilina (IAC) ou metronidazol (ICM)

7 a 14 dias. Os últimos consensos recomendaram a terapêutica quadrupla (sequencial ou concomitante), em países de elevada prevalência de resistência à claritromicina, o que acresce complexidade e custos aos esquemas de erradicação. Estudos mais recentes não demonstraram diferenças entre a eficácia do TTS e a terapêutica sequencial.

Objetivo: Avaliar a eficiência do TTS numa coorte retrospectiva de doentes tratados no período de 1/1/2005 a 31/12/2012.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo. Critérios inclusão: 1. Infecção por HP comprovada 2. Tratamento de erradicação com TTS, 3. Erradicação confirmada por UBT após o término do tratamento. Critérios exclusão: 1. Tratamento prévio para HP, 2. Idade inferior a 18 anos, 3. Cirurgia gástrica prévia, 4. IBP, antagonista HP, antiácido ou misoprostol 4 semanas antes da UBT, 5. Antibióticos há menos de 6 semanas.

Resultados: Estudados 1073 doentes. 95,4% (n = 1024) tratados com IAC. 44,7% (n = 480) do sexo masculino. Idade média 50,6 anos. Erradicação em 67,1% dos doentes após terapêutica com IAC. Sem relação estatisticamente significativa entre o sexo e a resposta à terapêutica. Relação estatisticamente significativa entre: 1. Idade e o resultado terapêutico ($p = 0,029$) apresentando os indivíduos mais jovens taxas inferiores de erradicação e 2. O ano de erradicação e o resultado terapêutico ($p = 0,039$) com a taxa mais baixa de erradicação no ano de 2012 (53,8%).

Conclusões: Este estudo está de acordo com a literatura mais recente que reporta taxas de erradicação com o TTS inferior a 70%, muito abaixo do que seria desejável. Desde 2005 observou-se uma tendência ao decréscimo de eficácia deste regime terapêutico. Este resultado contraria dados de estudos de Espanha (Gisbert et al) que reportam taxa de eficácia do TTS estável nos últimos 12 anos.

8. HER2 E CARCINOMA GÁSTRICO: CORRELAÇÕES CLÍNICO-PATOLÓGICAS

A. Fernandes¹, N. Almeida¹, N. Dias², M.A. Cipriano², M.R. Silva², A. Sá³, R. Lebre³, A. Casela¹, F. Xavier da Cunha², C. Sofia¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica;

³Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O carcinoma gástrico (CG) é uma das principais causas de mortalidade por cancro mas a sua terapêutica pouco tem evoluído. A amplificação do gene HER2 e a sobre-expressão da sua proteína podem constituir uma nova oportunidade em termos de terapêutica molecular.

Objetivo: Avaliar a sobre-expressão do HER2 no CG, procurando definir a sua correlação com dados clínico-patológicos e o eventual valor prognóstico.

Doentes e métodos: Estudo retrospectivo (06/2011-02/2013) abrangendo todos os doentes com CG submetidos a gastrectomia, com pesquisa do HER2 na peça histológica, por técnica de imunohistoquímica ou "silver in situ hybridization" (SISH). Estabelecida a correlação com os dados clínico-patológicos e a respetiva sobrevida. Estudo estatístico realizado com SPSS v20.0.

Resultados: Incluídos 75 doentes (sexo masculino-41; Média etária-67,3 \pm 13,7 anos), dos quais 18 com positividade HER2 (só 6 destes tinham pesquisa prévia nas biopsias; positiva em todos). Localização do tumor: Antro-68%; Corpo-14,7%; Junção Esófago-Gástrica (JEG)-12%; Anastomose gastro-entérica-1,3%; Múltiplas localizações-4%. Tamanho do tumor: 2 a 5 cm-45,3%; > 5 cm-54,7%. Tipo histológico: Intestinal-49,3%; Misto-26,7%; Difuso-17,3%; Mucinoso-4%; Papilar-1,3%; Indiferenciado-1,3%. Invasão da serosa em 50,7% dos doentes. Presença de metástases: ganglionares-72%; à distancia-21,3%. Estádio tumoral: IA-4%; IB-9,3%; IIA-10,7%; IIB-10,7%; IIIA-17,3%; IIIB-16%; IIIC-10,7%; IV-

21,3%. Follow-up médio: $7,8 \pm 4,6$ meses. Registaram-se 13 óbitos. Só se identificou diferença com significado estatístico entre os doentes HER2+ e HER2- no que diz respeito à localização tumoral (Antro-38,9 vs 77,2%; JEG-27,8% vs 7%). Seis doentes (33,3%) HER2+ encontravam-se no estágio IV e seriam candidatos a terapêutica com Trastuzumab.

Conclusões: Nesta série, regista-se um número relevante de doentes com estadios avançados. A presença do HER2 foi mais comum nos CG da JEG, comparativamente à localização antral mas, não se verificou qualquer correlação com o tipo histológico, o estadio ou o prognóstico. Ainda assim, o HER2 representa um marcador útil no CG pois a sua presença proporciona uma nova janela terapêutica para os doentes em estadios avançados.

9. ENVOLVIMENTO ESOFÁGICO NA ESCLEROSE SISTÊMICA-VALOR PREDITIVO DA CLÍNICA

S. Donato, P. Souto, J.M. Romãozinho, C. Sofia

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Introdução: A Esclerose Sistêmica (ES) provoca alterações motoras do esfago.

Objetivo: Avaliar o valor preditivo (vp) da clínica no envolvimento esofágico na ES, a presença de factores de risco para o referido envolvimento, a sua história natural e a frequência de complicações esofágicas.

Materiais e métodos: Foram estudados retrospectivamente os indivíduos que realizaram manometria esofágica, entre 1996 e 2012, nos quais foi possível confirmar a presença de ES, verificar a sintomatologia associada e ter acesso aos relatórios dos exames realizados. Foram excluídos os doentes que apresentavam patologias associadas susceptíveis de mimetizar as alterações manométricas sugestivas de ES. Análise dos dados através do programa SPSS®, com significância estatística atribuída a um valor de $p < 0,05$.

Resultados: O estudo incidiu sobre 70 indivíduos, dos quais 8 realizaram manometria esofágica em dois tempos diferentes. A presença de sintomas esofágicos apresentou um vp positivo de 58,0% e um vp negativo de 76,5% em relação à manometria. A disfagia, o género masculino, a acrosteólise e a perda focal de substância digital associaram-se a um maior risco de doença esofágica. Dos indivíduos que realizaram manometria esofágica em duas ocasiões distintas, em nenhum deles houve alteração do diagnóstico inicial. Em relação às complicações do envolvimento esofágico, foi identificado refluxo ácido patológico em 44,4% dos casos, esofagite em 26,8%, candidíase esofágica em 3,6%, estenose esofágica distal em 1,8%, fibrose pulmonar em 12,8% e alveolite activa em 1,4% dos casos.

Conclusões: A clínica apresenta um vp positivo intermédio e um alto vp negativo no diagnóstico de envolvimento esofágico na ES. A disfagia, o género masculino, a acrosteólise e a perda focal de substância digital constituem factores de risco para o envolvimento esofágico, que é um evento precoce na história natural da ES. A doença de refluxo gastro-esofágico e a candidíase esofágica são mais frequentes na ES.

COMUNICAÇÕES 6

Endoscopia Digestiva

14 Junho 2013, 15:00-16:30, Sala Lyra

1. DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÕES GASTROINTESTINAIS: EXPERIÊNCIA NUM CENTRO EM PORTUGAL

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

Serviços de Gastrenterologia, Anestesiologia, Anatomia Patológica, Centro Hospitalar São João, Porto Ipatimup, Porto.

Introdução e objetivo: A dissecação endoscópica da submucosa (DES) tem ganho uma importância cada vez maior no tratamento de lesões gastrointestinais. Neste trabalho prospectivo, pretendemos avaliar a eficácia e segurança desta técnica no nosso centro.

Material: Doentes com lesões gastrointestinais orientados para remoção por DES foram convidados a participar neste estudo, após consentimento informado e aprovação pela comissão de ética. Os procedimentos foram realizados no nosso centro de endoscopia sob anestesia. O primeiro follow-up com endoscopia foi realizado aos 2 meses em cada doente e posteriormente cada 6 a 12 meses, de acordo com a histologia.

Resultados: 104 doentes (45 mulheres, idade média $63,5 \pm 13$ anos), foram convidados a participar no estudo. As correspondentes 109 lesões localizavam-se no esfago ($n = 5$), estômago ($n = 77$), duodeno ($n = 3$), colon ($n = 6$) e recto ($n = 18$), sendo a mediana do seu tamanho de 23mm. A ressecção foi em bloco e R0 em 94% e 81% dos casos, respectivamente, sendo a média do tamanho dos fragmentos de 36 ± 18 mm e das lesões de 28 ± 18 mm. A mediana do tempo de procedimento foi de 94 ± 80 minutos. Seis lesões eram subepiteliais, sendo as restantes epiteliais. Histologicamente, das lesões superficiais mais frequentes, 35 apresentavam displasia de baixo grau, 26 displasia de alto grau, 14 adenocarcinoma intramucoso e 7 adenocarcinoma invasor. Em 69% dos casos os procedimentos foram realizados em ambulatório. Um doente foi submetido a cirurgia por hemorragia e outro por perfuração gástrica. Um doente teve enfisema após ESD rectal com boa resposta ao tratamento conservador. Todos os doentes tiveram alta na primeira semana após a DES, tendo 6 hemorragia significativa após a alta.

Conclusões: Neste estudo prospectivo a DES permitiu a ressecção de lesões gastrointestinais com elevada eficácia e associada a baixa taxa de complicações.

2. DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA USANDO IT-KNIFE NANO

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

Serviços de Gastrenterologia, Anestesiologia e Anatomia Patológica, Centro Hospitalar do Porto, Porto. IPATIMUP, Porto.

Introdução: A dissecação endoscópica da submucosa (DES) é usada na ressecção em bloco de lesões gastrointestinais superficiais. A faca de dissecação IT-knife2 (Olympus) é das mais utilizadas, devido ao facto de a sua extremidade cerâmica permitir dissecação com menor risco de perfuração e maior coagulação. No entanto, devido às suas características só está aprovada para dissecação gástrica. Recentemente, foi desenvolvida nova faca de dissecação com extremidade em cerâmica, IT-nano (Olympus), que devido às suas redu-

zidas dimensões está aprovada para DES no esôfago, cólon e recto. Pretendemos com este estudo prospectivo avaliar a eficácia e segurança da DES neste órgãos usando IT-nano.

Material: Após aprovação pela Comissão de Ética, doentes com lesões esofágicas ou colorectais superficiais foram convidados para participar neste estudo. As DES foram realizadas no centro de endoscopia sob anestesia. Após marcação com Dual knife e injeção subepiteal, foi realizada incisão com Dualknife, sendo posteriormente realizada dissecação com IT-nano.

Resultados: 9 doentes (6 homens) foram incluídos (idade média 71 anos), correspondendo a 1 lesão esofágica, 6 no cólon e 2 rectais, com dimensões $39 \text{ mm} \pm 13,6 \text{ mm}$. A ressecção foi em bloco em 8 casos e R0 em 7. Histologicamente 4 lesões apresentavam displasia de baixo grau, 2 displasia de alto grau, 2 adenocarcinomas com invasão submucosa (num < a 500 μm), e 1 displasia criptica multifocal em esôfago de Barrett. Não ocorreram perfurações ou hemorragia significativa, tendo 1 doente estenose esofágica que foi tratada de forma conservadora. Dois doentes foram operados: 1 por ressecção incompleta com lifting deficiente e outro por invasão profunda da submucosa, sendo neste a peça cirúrgica negativa para neoplasia.

Conclusões: Neste primeiro estudo Europeu usando IT-nano, esta parece ser segura e eficaz, mesmo em órgãos de ESD difícil como esôfago e cólon. São necessárias séries maiores de forma a validar o seu uso na prática clínica.

3. AVALIAÇÃO DE FATORES PREDITIVOS DE PATÊNCIA DO TUBO DIGESTIVO NA DOENÇA DE CROHN

A. Albuquerque, H. Cardoso, M. Marques, F. Ferreira, S. Rodrigues, F. Vilas Boas, S. Lopes, M. Velosa, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar S. João, Porto.

Introdução: A capsula de patência foi desenvolvida para evitar o risco de retenção da capsula endoscópica em situações como a Doença de Crohn (DC), o que permitiu aumentar a qualidade e segurança deste exame. No entanto, não estão descritos os fatores que se associam a patência do tubo digestivo.

Objetivo: Avaliação dos fatores que influenciam a patência do delgado na DC.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes submetidos a capsula de patência (CP) no período de 2011-2012, com diagnóstico ou suspeita de DC.

Resultados: Foram realizadas 210 CP durante este período, 58% em mulheres, com idade média de 40 ± 14 anos, 72% dos doentes tinham diagnóstico prévio de DC, 18% haviam sido submetidos a cirurgia. No total, o fenótipo era estenosante em 16% e penetrante em 14%. Apresentavam lesões no cólon esquerdo 14% dos doentes e 3,4% tinham estenose ileal na ileocolonosopia. O tubo digestivo foi patente em 72% dos casos, ocorrendo detecção da CP em 28%. Na análise multivariada, associaram-se de forma independente com a patência negativa do tubo digestivo a idade mais avançada (OR 1,03, $p = 0,009$), a ausência de cirurgia prévia (OR 7,3, $p = 0,003$), comportamento estenosante (OR 7,4, $p < 0,001$) e penetrante (OR 7,9, $p = 0,002$), a presença de estenose ileal (OR 7,8, $p = 0,001$) e de lesões do cólon esquerdo (OR 3,4, $p = 0,02$). Nos doentes com suspeita de DC, a idade mais avançada ($p = 0,025$) e o valor de hemoglobina mais baixo ($p = 0,007$) foram factores de risco para patência negativa.

Conclusões: Nesta amostra foi possível identificar as variáveis que mais se associam à patência do tubo digestivo na DC, nomeadamente a idade, a cirurgia prévia, comportamento estenosante ou penetrante, a estenose ileal e o atingimento colon esquerdo. Estes dados servem de base para a estratificação do risco de retenção de capsula endoscópica.

4. ENTEROSCOPIA POR MONO-BALÃO DE URGÊNCIA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA MANIFESTA- EFICÁCIA E SEGURANÇA

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

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Gaia, Espinho.

A enteroscopia assistida por balão revolucionou o diagnóstico e terapêutica do intestino delgado. Existem poucos estudos quanto à sua utilização em contexto de urgência por hemorragia digestiva obscura (HDO) manifesta.

Objetivo: Avaliar a utilização de enteroscopia de urgência em HDO manifesta-ativa, avaliar o seu impacto no diagnóstico e tratamento. Adicionalmente, comparar a sua eficácia em HDO manifesta ativa vs passada.

Material e método: Revisão retrospectiva das enteroscopias realizadas por HDO manifesta. Colhidos dados demográficos, clínicos e endoscópicos, bem como terapêutica realizada e complicações. Utilizado enteroscópio de mono-balão na totalidade dos exames. Definiu-se enteroscopia de urgência quando realizada por HDO manifesta-ativa, num período de tempo inferior a 24 horas após a confirmação de hemorragia.

Resultados: No nosso serviço, foram realizadas 126 enteroscopias, no período entre Janeiro/2010 a Fevereiro/2013, 99 para avaliação do intestino delgado, das quais 60,6% (60/99) por HDO. Destes, 88,3% (53/60) dos exames foram realizados por HDO manifesta (42 pacientes, 30 homens, 65,3 anos de idade média) que foram objeto do nosso estudo; os restantes por HDO oculta. No contexto de HDO manifesta, foram realizadas 15 enteroscopias de urgência por HDO manifesta-ativa (15/53). Nestas, a origem de hemorragia média foi diagnosticada em 15: angiectasias ($n = 5$), erosões/ulcerações ($n = 3$), tumores (GIST 3, neuroendócrino 1), pólipos erosionados ($n = 2$) e divertículo sangrante ($n = 1$). A terapêutica hemostática realizada foi: ârgon plasma-5, adrenalina e clips hemostáticos-3 e polipectomia-2. Não houve complicações quanto à realização do exame ou terapêutica endoscópica. Ocorreu recidiva de hemorragia em 1 (angiectasias, necessária sessão ârgon plasma adicional). Nas enteroscopias realizadas por HDO manifesta-passada (38/53), a taxa de identificação de etiologia foi 65,7% (25/37). A taxa de identificação da origem da hemorragia na HDO manifesta-ativa foi significativamente superior (teste qui-dradrado, $p < 0,05$) na análise comparativa com HDO manifesta-passada.

Conclusões: O estudo revelou o papel importante da enteroscopia de urgência no diagnóstico e tratamento da hemorragia digestiva obscura manifesta-ativa, sendo um método seguro e eficaz.

5. CARDIAC SAFETY OF RADIOFREQUENCY ABLATION IN THE ESOPHAGUS

P. Elbe, F. Baldaque Silva, S. Törnudd, T. Jernberg, A. Thorell, T. Franzén, M. Jensen-Urstad, L. Lundell, H.U. Marschall

Gastroenterology, Cardiology and Surgery Departments, CLINTEC. Karolinska University Hospital & Ersta Hospital, Stockholm. Sahlgrenska University Hospital, Goteborg. Vrinnevi Hospital, Norrköping, Sweden.

Introduction: Radiofrequency ablation (RFA) can be a therapeutic option in the treatment of several medical conditions. It can be used for instance in the treatment of gastrointestinal neoplasia but also in the treatment of atrial fibrillation. RFA has proven to be an effective method for the treatment of neoplastic changes in the esophagus, mainly in Barrett's esophagus (BE), with low complications rate. Some patients may suffer chest pain after esophageal RFA, so the question naturally arises whether esophageal RFA can induce heart injury?

Patients and methods: Consecutive patients who underwent esophageal RFA at 2 tertiary hospitals were included. Blood troponin T and proBNP levels were assessed before and 24 hours after RFA. The delivered energy in the ablations were either 10 or 12 Joule/cm². Symptoms assessment was performed in each patient at the 24 hours control. Chest pain after treatment was graded as none, moderate or severe.

Results: Twenty one patients were invited to participate, being 3 excluded due to incomplete sampling protocol. Eighteen patients were included (15 men), with average age of 64.4 years-old. Three patients had a previous history of myocardial infarct. After RFA, 5 patients suffered moderate pain and 1 severe pain. Three patients had a mild increase in the Troponin T level after treatment (5-12 units), being this increase not pathological and not related to chest pain nor to the delivered energy. None of the patients with elevated cardiac enzymes had a history of heart disease.

Discussion: In this prospective study, esophageal RFA did not induce significant cardiac injury in any patient. This can be useful since some patients seek emergency with chest pain after RFA. Cardiac enzymes increase was not pathological in any patient and did not correlate to patients background. RFA in the esophagus seems a safe procedure in terms of cardiac injury.

6. EFICÁCIA E SEGURANÇA DO PRE-CORTE COM FACA PAPILOMOTO

L. Lopes^{1,2,3}, J. Ramada¹, A. Parente¹, M. Dinis-Ribeiro⁴, C. Rolanda^{2,3,5}

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital Santa Luzia (ULSAM), Viana do Castelo. ²Instituto de Ciências da Vida e Saúde (IC VS), Universidade do Minho. ³IC VS / 3B's, PT Government Associate Laboratory, Universidade do Minho. ⁴Departamento de Ciências de Informação e Decisão em Saúde (CIDES), Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. ⁵Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Braga.

Introdução: A canulação selectiva da via biliar principal (VBP) é um passo fundamental para a realização da CPRE. Contudo, mesmo entre endoscopistas experientes, a canulação da VBP pode não ser conseguida até cerca de 15% dos procedimentos. O pré-corte com faca papilótomo (needle-knife fistulotomy, NKF) é uma técnica que permite obter o acesso à VBP, quando as técnicas de canulação standard não têm sucesso. No entanto, a segurança do Pre-Corte é um tópico controverso, sendo esta técnica considerada um factor de risco independente para a pancreatite pós-CPRE. Neste estudo tivemos como objetivo avaliar a segurança e a eficácia da NKF em doentes com canulações biliares difíceis sem sucesso e determinar se o diâmetro da porção terminal da VBP tem influência na taxa de complicações.

Material e métodos: Entre Novembro de 2006 e Dezembro de 2010, um total de 1087 doentes consecutivos sem esfinterotomia prévia foram submetidos a CPRE (idade média 67 anos (dp 17 anos); 56% sexo feminino; 28% ASA III-IV. Todas as CPREs foram executadas por 2 endoscopistas experientes (> 200 CPREs/ano). Se o acesso à VBP por técnicas standard não fosse bem sucedido num intervalo entre 12-15 minutos, o doente era submetido a NKF. Os dados das CPREs e os outcomes imediatos foram colhidos de forma prospectiva.

Resultados: Na 1ª CPRE, NKF foi realizada em 204 doentes (19%) e permitiu canular selectivamente a VBP em 166 (81%), fazendo com que a taxa de canulação biliar primária aumentasse de 81% (n = 883) para 96% (n = 1049). A coledocolitíase (33%) e as estenoses malignas da VBP (30%) foram os diagnósticos mais frequentes. A taxa global de complicações foi de 7,9% (n = 16), com 6,4% de pancreatites (1 doente com pancreatite grave) e sem hemorragias severas. Todos os doentes foram tratados de forma conservadora. Nenhuma relação foi encontrada entre a idade, sexo, indicação, diagnósticos, endoscopista, canulação/injecção no ducto pancreático e duração da CPRE com a taxa de complicações através de

análise por regressão logística multivariada. O diâmetro da porção terminal da VBP foi o único factor associado às complicações pós-CPRE (13,9% vs 4,5% para VBP = < 4 mm vs VBP > 4 mm, p = 0,02); a taxa de pancreatite em doentes com VBP = < 4 mm foi de 9,7% quando comparada com 4,5% nos restantes doentes (tabela 1).

Conclusões: A NKF é uma técnica muito útil e segura no acesso à via biliar principal no contexto de canulações biliares difíceis. Apesar da sua segurança, o risco de complicações está aumentado nas vias biliares finas, incluindo nos doentes sem disfunção do esfíncter de Oddi.

Tabela 1. Complicações pós-CPRE e diâmetro da VBP

	diâmetro da VBP		
	< = 4mm (n = 72)	> 4 mm (n = 132)	
Complicações pós-CPRE	RR (95%CI)	13,9%	4,5% 3,39 (1,12-9,75)

7. CAPSOCAM: UMA NOVA MODALIDADE DE VISUALIZAÇÃO DO INTESTINO DELGADO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA - RESULTADOS PRELIMINARES

M. Mascarenhas Saraiva, R. Pinho, E. Oliveira

ManopH, Porto Instituto CUF, Porto.

Introdução: A tecnologia de endoscopia por cápsula tem tido desenvolvimentos sucessivos, que resultaram numa melhor qualidade de imagem, aumento do ângulo de visão, e do número de imagens obtidas por segundo. Estes melhoramentos contribuem para uma melhor possibilidade de detecção de lesões por esta técnica, que tem, actualmente, como principal indicação o estudo do intestino delgado. Recentemente surgiu um novo modelo de cápsula endoscópica, que difere radicalmente das precedentes pelo facto de que a visão é obtida lateralmente (em oposição à visão axial das cápsulas "clássicas"), através de 4 câmaras, o que permite uma avaliação de 360° - "CapsoCam".

Objetivo: Comparar os resultados da enteroscopia por cápsula efectuada, em simultâneo no mesmo doente, com a cápsula "clássica" e cápsula "CapsoCam".

Material e métodos: 10 doentes. Enteroscopias efectuadas no mesmo dia, com ingestão separada de 1 hora, com a cápsula "Given" PillCam SB2 e a CapsoCam.

Resultados: Enteroscopia completa em todos os doentes. Sem diferenças na taxa de visualização da papila de Vater. Sem diferenças nos diagnósticos obtidos e números de lesões detectadas. Tempo de leitura consideravelmente superior para a CapsoCam.

Conclusões: A CapsoCam representa uma alternativa viável na enteroscopia por cápsula. No entanto, os resultados sugerem que não tem vantagens em capacidade de detecção de lesões.

8. FISTULOTOMIA PRECOCE- UMA ESTRATÉGIA EFICAZ E EFICIENTE PARA UMA CANULAÇÃO BILIAR COM SUCESSO

L. Lopes^{1,2,3}, J. Ramada¹, A. Parente¹, M. Dinis-Ribeiro⁴, C. Rolanda^{2,3,5}

¹Serviço de Gastreenterologia Hospital Santa Luzia, ²Universidade do Minho, ³Instituto Ciências da Vida e Saúde (IC VS), IC VS / 3B's, Universidade do Minho, ⁴CIDES, Universidade do Porto, ⁵Hospital Braga.

Introdução: A canulação selectiva da via biliar principal (VBP) é o passo fundamental numa CPRE biliar terapêutica. O pré-corte

pode aumentar o sucesso da canulação biliar, que apresenta taxas de sucesso, com as técnicas standard, entre os 80% e os 90% na CPRE inicial. No entanto, vários estudos prospectivos consideram o pre-corte um factor de risco independente para complicações pós-CPRE, em especial a pancreatite. O pre-corte engloba várias técnicas distintas, entre as quais a fistulotomia, que apresentam em comum a exposição do ducto biliar/ orifício biliar através da incisão prévia da papila. O timing do pre-corte na estratégia de canulação biliar é um assunto controverso, mesmo entre endoscopistas com experiência na CPRE e na utilização das várias técnicas de pre-corte. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia, segurança e duração das CPREs entre duas estratégias de canulação biliar: fistulotomia 'precoce' após uma canulação biliar 'expedita' versus a estratégia convencional de precorte 'tardio' após uma canulação biliar difícil.

Material e métodos: Entre Janeiro de 2011 e Fevereiro de 2012 realizou-se um estudo prospectivo em 348 doentes consecutivos referenciados para CPRE com papilas naïve e sem critérios de exclusão. Os doentes foram alocados em 2 grupos (através de um mecanismo administrativo cego para o estudo): Grupo A (n = 178): fistulotomia 'precoce' se canulação biliar 'expedita' sem sucesso (definida como < 5 minutos, 5 < tentativas de canulação) e 'tardia' caso canulação biliar difícil sem sucesso (definida como > 15 minutos ou > 10 tentativas de canulação). Não haviam diferenças significativas entre os 2 grupos em relação à idade (idade média 69 vs 67), sexo (44% vs 46% sexo masculino), ASA III-IV (25% vs 28%), indicações e diagnósticos finais (45% coledocolitíase e 18% de estenoses malignas da via biliar). Antes de Janeiro de 2011, os dois endoscopistas envolvidos no estudo (> 200 CPREs/ano) usavam a fistulotomia apenas em casos de canulação biliar difícil sem sucesso, e apresentavam resultados sobreponíveis em termos de sucesso, complicações e duração dos procedimentos. Durante o período do estudo um endoscopista manteve a estratégia de canulação da unidade (Grupo B), enquanto ao outro endoscopista foi-lhe solicitado que realizasse de forma sistemática uma fistulotomia precoce (Grupo A). A colheita dos dados foi realizado por uma enfermeira de investigação, não envolvida na alocação dos doentes ou nos procedimentos.

Resultados: As taxas de canulação biliar (96% vs 94%, n.s.) e as complicações globais (6% vs 6%, n.s.) foram sobreponíveis entre os grupos A e B. No entanto, a duração médias das CPREs foi significativamente mais reduzida no grupo A em relação ao grupo B, quer nos doentes em que a canulação biliar foi bem sucedida com as técnicas standard (14 min vs 25 min, $p < 0,0001$), quer nos doentes submetidos a fistulotomias (18 min vs 31 min, $p < 0,0001$). Verificou-se ainda, nos doentes submetidos a fistulotomia, uma tendência para uma taxa de pancreatite pós-CPRE maior no grupo B (fistulotomia tardia) em relação ao grupo A (fistulotomia precoce) (9% vs 4%, n.s.). A taxa de pancreatite pós-CPRE no grupo A foi semelhante entre os doentes com canulações primárias bem sucedidas com técnicas standard e os doentes submetidos a fistulotomias precoces (4% vs 4%, n.s.).

Conclusões: Este estudo sugere que uma estratégia de canulação biliar envolvendo uma fistulotomia precoce é, pelo menos, tão eficaz e segura como a estratégia clássica de uma fistulotomia tardia após uma canulação biliar sem sucesso por técnicas standard. Simultaneamente, também sugere que o risco de pancreatite está relacionado com a canulação biliar difícil e não com a fistulotomia. Em virtude desta nova estratégia diminuir substancialmente a duração da CPRE, este tópico deverá ser analisado em estudos futuros, através de outras perspectivas, nomeadamente os custos, eficiência de agendamentos e riscos anestésicos.

9. AO ENCONTRO DA SOLUÇÃO PARA OS EXAMES INCOMPLETOS NA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA

F. Dias de Castro, J. Magalhães, B. Rosa, M.J. Moreira, J. Cotter

Serviço Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução e objetivo: A enteroscopia por cápsula (EC) é um importante exame para o estudo do intestino delgado (ID). Contudo uma limitação são os exames incompletos (EI), aproximadamente 20%, nos quais a cápsula não atinge o cego no tempo de duração da bateria. O objetivo deste trabalho é verificar se a administração de procinéticos em doentes em que a cápsula ainda se encontra no estômago 1h após a sua ingestão diminui o número de EI.

Métodos: Entre Jun/12 e Fev/13 foi determinada sistematicamente a localização da cápsula 1 h após a sua ingestão através do Real Time Viewer (RTV). Quando a cápsula ainda se encontrava no estômago foram administrados 10 mg de domperidona per os. Os resultados deste grupo foram comparados com as EC realizadas entre Jan/09 e Mai/12. A análise estatística foi obtida com recurso ao SPSS v 17.0.

Resultados: Entre Jan/09 e Mai/12 foram realizadas 307 EC, com 48 EI (15,6%). O grupo analisado prospectivamente incluiu 82 cápsulas com três EI (3,7%). A diferença do número de EI foi estatisticamente significativa ($p = 0,003$). Os grupos eram homogêneos no que diz respeito à distribuição por idade e sexo, indicações para realização de EC, exames efectuados em internamento e antecedentes cirúrgicos. No primeiro grupo, o tempo gástrico médio dos EI foi 77 min em comparação com o tempo gástrico médio dos exames completos que foi 26 min, ($p = 0,003$). No segundo grupo houve necessidade de administração de domperidona em 14 casos (17%). Não se verificou diferença no tempo médio do intestino delgado em doentes que fizeram ou não domperidona (247 min vs 290 min), $p = 0,15$.

Conclusões: A utilização de procinéticos, em associação com o RTV, ao diminuir o tempo de permanência da cápsula no estômago, reduz significativamente a taxa de EI. Simultaneamente não se verificou qualquer diferença no tempo de passagem da cápsula no ID.

Instantâneos Endoscópicos

15 Junho 2013, 08:00-09:30, Sala Fénix II

1. PERFURAÇÕES GASTROINTESTINAIS NÃO IATROGÉNICAS: NEM SEMPRE A CIRURGIA ESTÁ INDICADA NEM A ENDOSCOPIA CONTRA-INDICADA

C. Fernandes, R. Pinho, S. Vale, C. Oliveira, J. Esteves, C. Soares, A. Moura, T. Pais, I. Ribeiro, J. Maciel, J. Fraga

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

Os autores apresentam série de casos de perfurações gastrointestinais não iatrogénicas, dando ênfase à abordagem terapêutica: 1. Mulher, 74 anos, referenciada por corpo estranho esofágico (espinha de bacalhau). TC cervico-torácico revelava espinha com 34 mm no terço médio do esófago, transversal, entre o ramo direito da artéria pulmonar e a aorta descendente, com transecção do lúmen e extremidades a cerca de 6mm de cada vaso. Na endoscopia observou-se espinha a penetrar parede esofágica em 2 pon-

tos contralaterais; Remoção da espinha com pinça, após colocação de overtube. No controlo lacerações longas da parede esofágica pelo que se colocou prótese coberta (Hanaostent CCC 20 mm x 110 mm) centrada nas mesmas. Sem intercorrências e retirada da prótese 4 semanas depois; 2. Mulher, 69 anos, recorre à urgência por dor epigástrica. TC torácico com volumoso pneumomediastino. Endoscopia para tentativa de tratamento endoscópico primário que revelou laceração esofágica entre os 28 e os 33 cm, com conteúdo alimentar no mediastino. Fez-se drenagem mediastínica cirúrgica em primeiro tempo, com posterior colocação de prótese esofágica endoscópica (Hanaostent CCC 20 mm x 140 mm) sob apoio fluoroscópico, evitando a cirurgia de exclusão esofágica. Dois meses após, retirada de prótese esofágica; 3. Mulher, 67 anos, recorre à urgência por dor abdominal. TC abdominal com espessamento do sigmoide e imagem endoluminal alongada compatível com corpo estranho (osso) acompanhada de coleção gasosa pericólica com 22 mm a traduzir perfuração. Na colonoscopia observou-se, aos 30 cm, osso impactado transversalmente. Desimpactação e remoção com pinça. Evolução favorável. Várias opções endoscópicas têm surgido para o manejo de perfurações gastrointestinais iatrogénicas. No entanto menos se têm debatido sobre abordagem terapêutica da endoscopia em perfurações gastrointestinais não iatrogénicas. A existência de perfuração gastrointestinal nem sempre impossibilita uma abordagem endoscópica eficaz. Neste contexto, é fundamental a estreita articulação com a cirurgia. Autores expõem iconografia sob a forma de imagem.

2. O PÓLIPO QUE "VAI E VEM À BOCA": A PROPÓSITO DUM CASO MUITO RARO

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

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia.

Os autores apresentam o caso duma mulher, 55 anos, que recorre à consulta de Gastrenterologia por referir exteriorização pela boca de massa elástica, esponjosa, digitiforme, passível de prensão com os dedos e com regresso espontâneo para o tubo digestivo. De tal maneira estranha a queixa, que a paciente tinha já sido referenciada para consulta de Psiquiatria e medicada. Endoscopia digestiva alta revelava no esófago proximal formação polipoide pediculada com cerca de 18mm. Neste contexto realizou ecoendoscopia que demonstrou imediatamente abaixo do esfíncter esofágico superior a base do pedículo que se estendia por 15 cm. A base da lesão era isoecogénica, com origem aparente na submucosa, e apresentava área anecogénica no centro com sinal doppler, compatível com vaso. A extremidade da lesão tinha aspeto hiperecogénico, com diâmetro máximo de 18 mm. Sem adenopatias perilesionais. Após caracterização ecoendoscópica procedeu-se à aplicação de laço hemostático na base e posterior exérese com ansa diatérmica, obtendo-se lesão com cerca de 11 cm. Escara sem intercorrências. Exame histológico compatível com aspetos de pólipos fibrovasculares gigantes do esófago. A utente permaneceu assintomática. Os pólipos fibrovasculares gigantes do esófago são uma entidade muito rara e geralmente com comportamento benigno e indolente. No entanto, quando atingem dimensões volumosas, podem condicionar complicações como disfagia, hematemese, dispneia ou mesmo morte. A abordagem endoscópica é apenas indicada em pólipos de pequenas dimensões e de pedículo fino. A sua recorrência apesar de possível é apenas pontual. Os autores apresentam iconografia sob a forma de imagem.

3. ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA GASTROCUTÂNEA COM OVER-THE-SCOPE-CLIP (OTSC)

R. Küttner Magalhães¹, S. Barrias¹, C. Rolanda², M. Salgado¹, M.J. Magalhães¹, P. Salgueiro¹, V. Simões³, I. Pedrito¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto. ²Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Braga. ³Serviço de Cirurgia, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Caso clínico: Sexo masculino, 49 anos, ex-fumador, hábitos alcoólicos pesados com diagnóstico de carcinoma espinocelular invasivo da amígdala direita (T4aN1Mx) há cerca de 1 ano. Nessa altura, efectuada gastrostomia endoscópica percutânea (PEG), com colocação de sonda de 24 Fr previamente à realização de quimioterapia e radioterapia. Manteve a sonda durante 8 meses, removendo-a acidentalmente diversas vezes, com recolocações sucessivas, até à data em que deixou de ser considerada necessária, pelo que não foi reintroduzida. Durante os 5 meses subsequentes o trajecto gastrocutâneo permaneceu permeável, com extravasamento de conteúdo gástrico, apesar dos cuidados alimentares e terapêutica com omeprazol e domperidona. Apresentava orifício externo de fístula na transição do epigastro para o hipocôndrio esquerdo e o orifício interno na face anterior do corpo médio/distal. Decidida intervenção com terapêutica endoscópica, colocando-se na semana anterior placa e saco de colostomia ajustados ao orifício externo, com consequente diminuição do débito da fístula. O método endoscópico utilizado consistiu na coagulação com argon plasma da porção acessível do trajecto interno da fístula, seguido de aplicação de over-the-scope-clip (OTSC). Obteve-se sucesso clínico com eliminação da drenagem fistulosa, tendo-se confirmado o encerramento total do orifício interno da fístula, com área de convergência de pregas no local, às 4 semanas. Apresenta-se vídeo ilustrativo.

Justificação: A realização de PEG profilática ou temporária está indicada em casos em que se verifica ou prevê uma ingestão oral transitoriamente insatisfatória. Apesar do doente não apresentar factores clássicos para a permanência da fístula gastrocutânea pós remoção da sonda, o seu encerramento com medidas conservadoras não foi eficaz. Nestes casos a cirurgia constitui a opção tradicional. A cauterização do tracto fistuloso, cola de fibrina e endoclips convencionais, como abordagens endoscópicas, associam-se a uma taxa de insucesso considerável. A utilização do OTSC afigura-se uma alternativa segura e eficaz no tratamento das fístulas gastrocutâneas.

4. PARASITAS VIVOS NA VIA BILIAR PRINCIPAL-FASCIOLÍASE DIAGNOSTICADA POR ECOENDOSCOPIA E CPRE

L. Lopes¹, T. Araújo², J. Ramada¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santa Luzia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo. ²Serviço de Gastrenterologia, Unidade Local de Saúde do Nodeste, Bragança.

Mulher de 69 anos referenciada por aumento persistente e isolado da fosfatase alcalina (FA). A doente estava assintomática e a elevação isolada da FA (167 UI/L, normal < 104 UI/L) foi diagnosticada 2 anos antes, no decurso de análises de rotina. Na história médica pessoal há a destacar uma colecistectomia laparoscópica em 2007 por colelitíase e um adenocarcinoma do endométrio tratado em 2009. Os testes laboratoriais eram normais, incluindo o hemograma, AST, Gama-GT e os anticorpos anti-mitocondriais. A ecografia abdominal e a TC mostravam uma dilatação da via biliar principal (9 mm), sem dilatação das vias biliares intra-hepáticas. A doente repetiu várias vezes os testes laboratoriais e a ecografia abdominal no período dos 2 anos, tendo sido proposta para a realização de uma biópsia hepática. A doente foi-nos referenciada e

após avaliação do caso decidimos realizar uma ecoendoscopia, com ecoendoscópio linear para avaliar a possibilidade de obstrução biliar, apesar do diâmetro da via biliar principal (VBP) poder ser considerado normal. A ecoendoscopia mostrou uma VBP com 12,3 mm, observando-se no seu interior várias estruturas lineares hiperecogénicas com mobilidade. Uma semana após a ecoendoscopia a doente foi submetida a uma CPRE. Dado a canulação ser difícil, o acesso à via biliar foi realizado através de fistulotomia. A colangiografia mostrou uma VBP ligeiramente dilatada, com várias imagens de subtração lineares no terço distal. Após a esfinterotomia biliar procedeu-se à passagem de um balão extractor com a saída de 2 Fascíolas vivas. Um dos parasistas foi removido para o exterior através de um cesto de Dormia. O diagnóstico por ecoendoscopia de Fascíolas vivas na via biliar é extremamente raro e neste doente foi fundamental para o diagnóstico.

5. CPRE GUIADA POR ECOENDOSCOPIA

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é o exame de primeira linha na abordagem terapêutica da patologia biliar, sendo bem sucedida na maioria dos casos. Uma das suas limitações consiste na incapacidade de aceder à via biliar, quer por alterações anatómicas que impossibilitam o acesso à papila, quer pela dificuldade na sua identificação/canulação. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 55 anos, com antecedentes de neoplasia da cabeça do pâncreas, submetido a duodenopancreatocetomia cefálica com reconstrução tipo CHILD. Um ano após, desenvolve quadro de colestase - fosfatase alcalina 1313 U/L, gamma-glutamyltransferase 834 U/L, alanina aminotransferase 82 U/L, aspartato aminotransferase 80 U/L, bilirrubina total 6,49 mg/dl e bilirrubina directa 5,51 mg/dl. Realizou ecografia abdominal superior e tomografia computadorizada, onde se observou dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, com um diâmetro de cerca de 20 mm ao nível hilar. O doente foi submetido a CPRE, não se conseguindo a identificação da anastomose hepatojejunal. Introduziu-se o ecoendoscópio via ansa aferente e efectuou-se punção transjejunal da via biliar intra-hepática guiada por ecoendoscopia, com agulha 19 G, com colangiografia subsequente, verificando-se vias biliares dilatadas, sem litíase, com estenose aparente ao nível da anastomose. Procedeu-se à injeção de azul de metileno na via biliar para identificação da anastomose, pela saída desse produto. Foi identificada a anastomose e efectuada canulação da via biliar com esfinterótomo, com passagem de fio-guia, sem dificuldade. Realizou-se a dilatação da anastomose com balão TTS insuflado até 12 mm, com eficácia. O doente teve alta 24 horas após, clinicamente bem. Este caso ilustra a dificuldade muitas vezes encontrada no acesso à via biliar em doentes previamente operados, com anastomose bilio-entérica. A ecoendoscopia constituiu um complemento fundamental à CPRE, permitindo a identificação da anastomose, com utilização de corante.

6. USO DE ENDOLOOPS NA REMOÇÃO DE PRÓTESE MIGRADA ATRAVÉS DE ESTENOSE ESÓFAGO-CÓLICA

B.M. Gonçalves, A.C. Caetano, A. Ferreira, D. Fernandes, J. Soares, P. Bastos, C. Rolanda, R. Gonçalves

Hospital de Braga.

Homem de 54 anos referenciado ao serviço de Gastrenterologia por disfagia após esofagectomia com interposição cólica para tratamento de adenocarcinoma esofágico. Na esofagoscopia observou-se estenose de 5mm da anastomose esófago-cólica, com 3 cm de

extensão, não franqueável ao endoscópio. O doente iniciou programa de dilatações endoscópicas, tendo realizado 5 dilatações com balões TTS até 15 mm com 2 semanas de intervalo. Por persistência dos sintomas foi colocada prótese totalmente recoberta (HanaroS-tent, 80x18mm; MI Tech, Seul, Coreia do Sul). Observou-se melhoria clínica durante duas semanas após as quais houve recidiva da disfagia. A radiografia tóraco-abdominal revelou migração da prótese e a endoscopia confirmou a sua localização no segmento distal da ansa cólica e persistência da estenose da anastomose proximal. Como observado no vídeo, procedeu-se a nova dilatação da estenose até 15 mm de modo a mobilizar e remover a prótese com a aplicação de endoloops de forma a reduzir o seu diâmetro. Com a prótese deslocada no segmento cólico, foram aplicados 4 endoloops (MAJ 354; Olympus, Tóquio, Japão) com redução efetiva do diâmetro. Devido à eversão do topo distal, com risco de encravamento, a prótese foi rodada e segurando o fio de remoção foi presa ao endoscópio. A remoção em bloco pela estenose foi efetuada com controlo fluoroscópico sem complicações. A remoção de próteses esofágicas migradas é tecnicamente desafiante e diferentes métodos já foram descritos. Os autores apresentam o primeiro caso de remoção de prótese migrada na referida posição anatómica com recurso a endoloops e com demonstração em vídeo.

7. LACERAÇÃO IATROGÉNICA BILIAR INTRA-HEPÁTICA EM PACIENTE COM HEPATO-JEJUNOSTOMIA - COLOCAÇÃO DE PRÓTESE BILIAR (CPRE ASSISTIDA POR ENTEROSCOPIA)

T. Pinto-Pais¹, P. Pinho¹, L. Proença², T. Pereira², C. Fernandes¹, I. Ribeiro¹, J. Fraga¹

¹Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

²Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) convencional é tecnicamente difícil, ou mesmo impossível, nos pacientes com antecedentes de gastrectomia em Y-Roux. A utilização do enteroscópio permite a avaliação do segmento de ansa aferente excluído cirurgicamente, da anastomose bilio-digestiva e terapêutica endoscópica. Os autores apresentam o caso clínico de uma senhora, 64 anos, antecedentes de colecistectomia laparoscópica complicada de perfuração iatrogénica da via biliar, submetida a anastomose hepato-jejunal em Y-Roux (2011). Posteriormente, apresentou episódios recorrentes de colangite, documentando-se dilatação das vias biliares intra-hepáticas condicionada por estenose das anastomoses bilio-digestivas. Fez dilatação da anastomose bilio-digestiva esquerda por via percutânea. Durante a abordagem do ramo direito ocorreu laceração acidental da via biliar direita, que impediu a prossecução do procedimento por esta via por impossibilidade de estabilização do fio-guia. Neste contexto, foi realizada CPRE assistida por enteroscopia: progrediu-se até à anastomose jejuno-jejunal, progredindo-se posteriormente pela ansa jejunal aferente até a anastomose hepato-jejunal. Nesta localização, observa-se exteriorização do fio-guia colocado percutaneamente pela anastomose hepato-jejunal direita, que se encontra estenosada. Realizado colangiograma por PTC confirmando-se fuga biliar pelo ramo direito, junto à anastomose hepato-jejunal. Por técnica Rendez-Vous, colocou-se prótese plástica tipo pig-tail (7 Fr, 3 cm) por via endoscópica, excluindo-se a laceração do ducto biliar. Repetiu-se posteriormente CPRE assistida por enteroscópio com remoção da prótese biliar através do overtube. Realizado colangiograma, não se observando-se fuga de contraste ou estenose anastomótica. Atualmente em vigilância, permanece assintomática. As lesões iatrogénicas das vias biliares são complicações graves. Os procedimentos endoscópicos têm ganho potencial crescente no tratamento. Os autores relatam uma lesão iatrogénica da via biliar, resolvida endoscopicamente através da colocação de prótese biliar, que face aos antecedentes cirúrgicos foi realizada por

CPRE assistida por enteroscópio. Apesar de tecnicamente difícil, esta técnica revelou-se eficaz e pode ter aplicabilidade em casos selecionados. Apresenta-se iconografia endoscópica e radiológica demonstrativa da técnica.

8. DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA POR TÚNEL SUBMUCOSO NA REMOÇÃO DE TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DO ESÓFAGO.

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

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

Descrição: Os tumores de células granulares (TCG) são geralmente benignos, mas devem ser removidos quando sintomáticos, heterogêneos na ecoendoscopia ou quando aumentam significativamente de tamanho no follow-up. A técnica de dissecação endoscópica por túnel submucoso (DETS), foi recentemente descrita para a ressecção de lesões subepiteliais gastrointestinais como leiomiomas, GISTs e pâncreas ectópico. Pretendemos descrever o papel da DETS na ressecção de TCG esofágico. Doente de 51 anos com antecedentes de esofagite grau B, foi-nos referenciado pela presença de lesão esofágica subepitelial com aumento significativo de tamanho no follow-up. Realizamos ecoendoscopia que identificou lesão heterogênea, arredondada, bem delimitada, na dependência da submucosa. A colheita de biópsias profundas permitiu o diagnóstico de TCG. Após discussão em reunião multidisciplinar, foi decidida remoção endoscópica da lesão. O lifting insuficiente impossibilitou a realização de dissecação da submucosa convencional pelo que procedeu a DETS. No início foi criado túnel submucoso com início 5cm acima do tumor. Posteriormente, o TCG foi cuidadosamente dissecado da submucosa sobrejacente e muscular própria usando TT Knife e IT knife2. A DETS foi possível com ressecção em bloco do TCG com 25 mm, sem intercorrências. Clips convencionais foram usados para encerramento da mucosa. O doente iniciou dieta oral 1 dia após procedimento e teve alta no dia 4, sem quaisquer complicações. Nas endoscopias de controle aos 2 e 12 meses não se verificaram complicações como estenoses, encontrando-se o doente assintomático.

Motivação: Nesta primeira descrição de DETS para ressecção de TCG, esta técnica revelou ser exequível, eficaz e segura, permitindo a ressecção completa, mesmo neste caso de mau lifting da submucosa. Os autores apresentam detalhada iconografia vídeo de endoscopia convencional, ecoendoscopia, procedimento DETS e avaliação histológica.

9. DISSECÇÃO CIRCULAR E EM BLOCO DE ESÓFAGO DE BARRETT DISPLÁSICO

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

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

Introdução: Actualmente, o tratamento preconizado para o esófago de Barrett (EB) displásico consiste na remoção das lesões visíveis por mucosectomia e ablação por radiofrequência (ARF) da restante mucosa devido ao risco de lesões síncronas e metacronas. Nos casos de displasia não associada a lesões macroscópicas, a ARF é também o tratamento de primeira linha. No entanto, o tratamento do EB por ARF não está presentemente disponível em Portugal. Apresentamos o caso de doente do sexo masculino, 74 anos, com EB longo (C10M12) e displasia multifocal, sem lesões macroscópicas identificáveis, mesmo após endoscopia alta comgastroscópio de alta definição, *narrow band imaging* e cromoscopia. Devido aos riscos de recorrência e complicações associadas a remoção completa por mucosectomia e à morbilidade associada a esofagectomia, foi

decidido em reunião multidisciplinar, a realização de ressecção do EB por dissecação da submucosa (ESD). Esta decorreu na unidade de endoscopia sob anestesia geral e ventilação assistida. Foram utilizadas Dualknife e IT Knife nano (Olympus®) para dissecação circunferencial e em bloco do EB. Não ocorreram complicações tais como hemorragia major ou perfuração. O internamento decorreu sem intercorrências, sendo a dieta oral retomada às 48 horas. A análise histopatológica revelou a presença de displasia críptica multifocal, sendo a ressecção R0. No follow-up endoscópico foi constatada estenose curta no esófago distal, pelo que foram realizadas dilatações com balão TTS até 18 mm. Verificou-se re-epitelização da mucosa do segmento ressecado, com epitélio pavimentoso.

Motivação: Os autores apresentam detalhada iconografia vídeo dos procedimentos endoscópicos e iconografia histopatológica. Através deste caso, pretendemos demonstrar o papel da ESD como uma alternativa no tratamento do EB displásico quando a ARF não está disponível. Contrariamente a esta, a dissecação permite avaliação histopatológica, mas pode estar mais frequentemente associada a complicações como estenose ou hemorragia.

10. CECOSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA COM CATETER CHAIT TRAPDOOR NO TRATAMENTO DA OBSTIPAÇÃO CRÓNICA GRAVE

F. Baldaque Silva, I. Cunha, A. Couceiro, L. Azevedo Lobo

Unidade de Gastreenterologia, Hospital Privado da Trofa, Grupo Trofa Saúde.

Descrição: A obstipação crónica grave pode ser debilitante, condicionando marcada diminuição da qualidade de vida e da auto-estima dos doentes. Este impacto é ainda maior em doentes com limitações físicas. A cecostomia endoscópica percutânea com cateter *Chait trapdoor* (Cook medical) pode ser uma alternativa nestes doentes, permitindo a administração de enemas anterogrados e o controlo pelo doente do trânsito intestinal. Apresentamos caso de doente do sexo masculino, com 43 anos e antecedentes de paraplegia com obstipação crónica grave e debilitante, após de acidente com arma de fogo. Inicialmente, foi realizada colonoscopia sob anestesia, com obtenção de transluminação cecal. Sob controlo endoscópico, foram introduzidos 2 fios de sutura transcutâneamente para ancoragem da parede cecal. Posteriormente, foi inserida agulha e fio guia entre os 2 pontos de ancoragem. Este orifício foi dilatado usando dilatador apropriado, sendo de seguida introduzido cateter *pig tail* específico. O doente iniciou instilação anterograda de laxante na primeira semana após o procedimento. Às 6 semanas, foi realizada colocação de kit definitivo sobre controle fluoroscópico. Não se verificaram intercorrências, tendo-se registado no *follow-up* de 4 meses, melhoria franca da qualidade de vida e auto-estima do doente.

Motivação: A cecostomia constitui um tratamento promissor no tratamento da obstipação crónica grave que não responde aos tratamentos convencionais. Usando detalhada iconografia vídeo, apresentamos de forma sistemática os procedimentos, de colocação do *kit* provisório de cecostomia e a sua substituição por cateter *Chait trapdoor* definitivo.

11. NOVA TÉCNICA DE MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL USANDO TRANSLUMINAÇÃO

M. Marques, F. Baldaque Silva, F. Vilas-Boas, F. Sá, D. Maia, G. Macedo

Serviços de Gastreenterologia e Anestesiologia, Centro Hospitalar de São João, Porto

Descrição: A miotomia endoscópica peroral (POEM) é uma técnica recentemente descrita para o tratamento da acalásia, envolven-

do a criação de um túnel submucoso que permite o acesso e dissecação das fibras musculares circulares ao longo do esôfago e cárdia. A localização do cárdia durante o procedimento é essencial, sendo o fim dos vasos em paliçada do esôfago e o surgimento dos feixes musculares oblíquos usados como marcadores do espaço submucoso no cárdia. Contudo, o reconhecimento destes marcadores é difícil durante o procedimento, podendo comprometer a correcta extensão da miotomia no cárdia. Se a miotomia for curta, poderá não ser eficaz, se for muito extensa poderá aumentar os riscos de hemorragia ou perfuração. De forma a localizar com maior precisão e de forma segura e rápida o cárdia, desenvolvemos uma nova técnica de POEM com transluminação que foi usada em 2 procedimentos consecutivos. Nesta técnica, após criação de túnel submucoso até localização aproximada do cárdia, é introduzido por via nasal um endoscópio alto de 5,9 mm de diâmetro até ao estômago. Após retroversão no lúmen gástrico deste endoscópio e bloqueio da sua fonte de luz, é facilmente avaliado se o endoscópio que se encontra no túnel submucoso se encontra ou não na vertente gástrica do cárdia. Nos 2 casos de POEM esta técnica levou a extensão do túnel submucoso e miotomia. Não se verificaram complicações maior durante ou após os procedimentos. Os 2 doentes tiveram significativa melhoria clínica, imagiológica e manométrica.

Motivação: A POEM com transluminação demonstrou ser uma técnica simples, rápida e eficaz, em 2 casos consecutivos, permitindo a correcta avaliação da extensão do túnel submucoso e da miotomia, com bons resultados e bom perfil de segurança. Séries maiores são necessárias antes da disseminação desta técnica. Os autores apresentam extensa iconografia vídeo desta técnica nos 2 casos de POEM referidos.

12. TERAPEUTICA ENDOSCÓPICA DE VARIZES GÁSTRICAS UTILIZANDO COPOLIMERO DE ETILENO E ÁLCOOL VINÍLICO (ONYX): ESTUDO ANIMAL

F. Baldaque Silva, H. Cardoso, F. Vilas-Boas, J. Preto, J. Lopes, P. Sousa, T. Pereira, I. Cunha, G. Macedo

Serviços de Gastreenterologia, Cirurgia, Patologia e Radiologia, Centro Hospitalar São João, Porto. Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

Descrição: A obliteração com cianoacrilato é actualmente o tratamento de escolha das varizes gástricas (VG), contudo várias limitações têm sido atribuídas a esta técnica nomeadamente a necessidade de experiência considerável por parte do operador e o risco de embolização à distância. O Onyx® (copolímero de etileno e álcool vinílico) é um polímero biocompatível com baixo risco de embolização sistémica, utilizado desde a década de 90 na obliteração endovascular de malformações arterio-venosas (MAV) e aneurismas cerebrais. A sua utilização para tratamento endoscópico de VG nunca foi descrito. Realizamos estudo piloto para avaliar a utilização de Onyx® na obliteração de varizes esofagagástricas num modelo porcino vivo. Foi induzida a formação de varizes no modelo animal pela laqueação cirúrgica da veia porta. O procedimento foi realizado no biotério, sob anestesia geral e ventilação, sendo usado gastroscópio convencional e agulha de esclerose de 23 G. Após preenchimento do lúmen da agulha de esclerose com 2 mL de dimetilsulfoxido, punccionou-se a variz. Procedeu-se de seguida à injeção lenta de Onyx® sob controlo fluoroscópico. Após obliteração completa da variz procedeu-se novamente ao preenchimento da agulha com 2mL de dimetilsulfoxido, sendo posteriormente recolhida a agulha. A avaliação de complicações imediatas como hemorragia, perfuração ou embolização foi feita através de endoscopia e fluoroscopia. O esôfago e estômago do animal foram recuperados para exame anatomo-patológico. Foram obliterados 2 cordões de varizes no modelo animal, sendo usados no total 8 mL de Onyx®. Não se verificaram intercorrências durante ou após o procedimento,

sendo o animal sacrificado ao 5º dia. O estudo anatomopatológico confirmou obliteração vascular.

Motivação: A utilização de Onyx no tratamento de varizes revelou-se um procedimento rápido e seguro no modelo animal. Desta forma mantém-se o interesse da sua investigação nesta indicação específica, mas são necessários mais estudos tendo em vista a sua utilização em doentes com hipertensão portal.

13. USO DE PRÓTESE METÁLICA AUTOEXPANSÍVEL NO TRATAMENTO ENDOLUMINAL DA NECROSE PANCREÁTICA

P. Pereira, F. Baldaque-Silva, S. Lopes, E. Rodrigues-Pinto, F. Vilas-Boas, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Descrição: Novas próteses metálicas autoexpansíveis com forma “diabolo” foram criadas de forma a melhorar o tratamento endoluminal da necrose pancreática. Uma nova prótese de 10 mm de diâmetro e com estas características (Hanarostent® BCF) foi recentemente desenvolvida. Apresentamos a primeira descrição do seu uso na clínica. Doente de 40 anos, sexo masculino, admitido por pancreatite aguda de etiologia indeterminada. Durante o internamento verificou-se evolução com necrose extensa do corpo e cauda, que motivou inicialmente tratamento conservador e drenagem percutânea. Por falência do tratamento, com desenvolvimento de infecção na colecção necrótica foi decidido tratamento com necrosectomia endoscópica. O acesso retroperitoneal foi efectuado com recurso a ultrassonografia endoscópica. Após punção com agulha de 19 G e introdução de fio-guia na cavidade necrosada foi realizada a abertura do orifício com cystótomo. Posteriormente a dilatação com balão TTS até 12 mm, foi possível a introdução de gastroscópio convencional na loca para desbridamento do material necrótico. Atendendo à extensa necrose e abundante conteúdo purulento, foi colocada prótese Hanarostent® BCF para manutenção do lúmen da cistogastrostomia no final do procedimento. Esta prótese metálica totalmente recoberta, devido ao seu comprimento de 40 mm e presença de extremidades largas (forma “diabolo”), possibilita a ancoragem na cavidade gástrica e na loca, reduzindo o risco de migração. Nos dias posteriores ao procedimento, verificou-se marcada melhoria clínica, laboratorial e imagiológica. Na reavaliação endoscópica ao dia 5 observou-se ausência de massas necróticas e discreto conteúdo purulento.

Motivação e justificação: Trata-se da primeira descrição do uso desta prótese para necrosectomia pancreática. Esta prótese revelou ser de fácil utilização e eficaz na manutenção da permeabilidade da cistogastrostomia, sem ocorrência de migração. Os autores apresentam extensa iconografia endoscópica e radiológica em formato vídeo dos procedimentos referidos.

14. ULCERAÇÃO GASTRODUODENAL APÓS RADIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA COM ÍTRIO-90

N. Veloso¹, C. Brandão¹, B. Gonçalves², L. Costa², N. Coimbra³, M. Jacome³, L. Moreira Dias¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Radiologia de Intervenção; ³Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE.

A radioembolização ou radioterapia seletiva interna (SIRT) com microesferas de resina de ítrio-90 (⁹⁰Y) é um tratamento locoregional efetivo para as neoplasias irresssecáveis, primárias ou metastáticas, do fígado. A SIRT é um método de entrega de microesferas de ⁹⁰Y (radionuclídeo emissor de partículas β) à microvasculatura da neoplasia, poupando o parênquima hepático normal. A ulceração gastroduodenal associada à ⁹⁰Y-SIRT resulta do fluxo inadvertido de microesferas para a microvasculatura do trato gastrointestinal,

apesar de um estudo angiográfico hepático detalhado, pré-tratamento. Doente, sexo feminino, 54 anos, com metástases hepáticas de um adenocarcinoma do recto, bilobares e irrecutíveis, proposta para ^{90}Y -SIRT. A angiografia hepática pré-tratamento revelou anatomia arterial normal. A artéria gastroduodenal foi embolizada com 8 "coils", para prevenir lesão por radiação do estômago e duodeno. Posteriormente uma solução de ^{99}Tc -macroagregados de albumina (para simular microesferas de ^{90}Y) foi seletivamente injetada na artéria hepática, seguida por tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT), que excluiu "shunt" extrahepático. Duas semanas depois, realizou ^{90}Y -SIRT (dose: 1,7 GBq microesferas ^{90}Y), mostrando a SPECT pós-terapêutica, radioatividade apenas no fígado. Doze semanas após ^{90}Y -SIRT, a doente iniciou epigastralgia. A endoscopia digestiva alta mostrou úlcera gástrica extensa do antro (base limpa, bordos regulares e com exsudado esbranquiçado) e úlcera superficial do bulbo duodenal. A histologia revelou numerosos corpos estranhos acelulares, redondos e de cor violácea, na lâmina própria, compatível com microesferas de ^{90}Y . Iniciou terapêutica com esomeprazol, verificando-se melhoria clínica gradual. O aumento da utilização da ^{90}Y -SIRT conduzirá a eventos adversos nomeadamente a ulceração gastroduodenal, destacando este caso a necessidade do seu reconhecimento como complicação da ^{90}Y -SIRT por Gastroenterologistas e Anatomopatologistas. Os autores apresentam iconografia imagiológica, endoscópica e histológica.

15. HEMORRAGIA VARICOSA EM ANASTOMOSE CÓLICA - CASO MUITO RARO

T. Pinto-Pais¹, C. Fernandes¹, I. Ribeiro¹, S. Fernandes¹, A.P. Silva¹, R. Pinho¹, L. Proença¹, T. Pereira², J. Carvalho¹, J. Fraga¹

¹Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

²Serviço de Radiologia - Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

Os autores apresentam o caso clínico de uma senhora, 71 anos, antecedentes de colectomia segmentar do cólon transverso por adenocarcinoma (2003), sem sinais de recidiva. Sem outras comorbilidades ou medicação crónica. Apresenta episódios recorrentes de hematoquezias, não acompanhados por dor abdominal, alteração do trânsito intestinal ou outra sintomatologia. Analiticamente: valor mínimo de Hb 10,6 g/dL, sem outras alterações. Na colonoscopia, apresentava neovasos tortuosos, dilatados, de aspecto varicoso, localizados na zona peri-anastomose cirúrgica, com áreas de friabilidade e coágulos. Realizadas várias técnicas endoscópicas hemostáticas, nomeadamente injeção de adrenalina, aplicação de clips hemostáticos e polidocanol, com recidiva hemorrágica. Nas avaliações endoscópicas sucessivas, observavam-se vasos progressivamente mais calibrosos e tortuosos, e várias angiectasias na linha da anastomose. Neste contexto, realizou angioTC que revelou trajetos venosos proeminentes adjacentes à anastomose cólica, sem sinais de trombose; adicionalmente densidade nodulariforme adjacente à vertente inferior do processo uncinado do pâncreas, a envolver toda a circunferência do trajecto da artéria mesentérica superior. Prosseguindo o estudo, realizou ecoendoscopia constatando-se lesão hipoecogénica de limites irregulares, na região da cabeça do pâncreas, com 31 mm de maiores dimensões, a invadir o confluente espleno-portal (condicionando imagem de stop no ecoDoppler). Realizada punção transbulbar com agulha de 22G (2 passagens), cuja histologia revelou adenocarcinoma ductal pancreático. Por persistência de hemorragias, realizou arteriografia (portografia direta), que demonstrou oclusão da veia mesentérica superior numa extensão de aproximadamente 3cm, destacando-se preenchimento retrógrado de novelo de varizes ectasiadas, no local dos clips metálicos endoscópicos - colocado stent na veia mesentérica superior. Encontra-se atualmente em vigilância. As varizes do cólon são uma causa invulgar de hemorragia digestiva bai-

xa, habitualmente no contexto de hipertensão portal, e muito raramente por compressão venosa mesentérica. O caso descrito relata hemorragia varicosa do cólon em mulher com antecedentes colectomia por adenocarcinoma, na sequência de uma segunda neoplasia primária (adenocarcinoma do pâncreas). Salienta-se a excepcionalidade da iconografia.

COMUNICAÇÕES 7

Pâncreas e Vias Biliares

15 Junho 2013, 08:30-10:00, Sala Fénix I

1. REPRODUTIBILIDADE DA ECOENDOSCOPIA (EE) COM HARMÓNICA E CONTRASTE (EE-HC) OU ELASTOGRAFIA (EE-E) NAS LESÕES PANCREÁTICAS SÓLIDAS (LPS)

B. Gonçalves¹, J.B. Soares¹, B. Lindkvist², J. Iglesias-Garcia³, J. Lariño-Noia³, P. Bastos¹, P. Pimentel-Nunes⁴, L. Lopes⁵, A. Ferreira¹, A.C. Caetano¹, J.E. Dominguez-Muñoz³

¹Departamento de Gastroenterologia do Hospital de Braga.

²Hospital Universitário de Sahlgrenska/Gotemburgo. ³Hospital Universitário de Santiago de Compostela. ⁴IPO-Porto. ⁵Centro Hospitalar do Alto Minho.

Introdução: A ecoendoscopia (EE) com harmónica e contraste (EE-HC) ou elastografia (EE-E) são duas técnicas promissoras no diagnóstico diferencial das lesões pancreáticas sólidas (LPS). No entanto, a reprodutibilidade destas duas técnicas é largamente desconhecida.

Objetivo: Determinar a reprodutibilidade da EE-HC e da EE-E, na avaliação das LSP, entre endoscopistas com experiência diferente na EE, EE-HC e EE-E.

Métodos: Incluíram-se 60 doentes que realizaram EE (Pentax® linear EG3830UTK e Hitachi-Preirus®) para avaliação de LSP. Por cada doente foram gravadas duas sequências de vídeo, obtendo-se 60 sequências de 2 minutos de EE-HC (Sonovue®) e 60 sequências de 30 segundos de EE-E. As 120 sequências foram codificadas e distribuídas por 11 endoscopistas divididos em 4 grupos segundo a sua experiência na EE, EE-HC e EE-E: grupo A (> 1000 EE, > 200 EE-HC e EE-E); grupo B (> 100 EE, > 20 EE-HC e EE-E); grupo C (> 1000 EE, 0 EE-HC e EE-E); grupo D (0 EE, EE-HC e EE-E). Os endoscopistas classificaram, independentemente, o padrão da EE-HC (hipocaptante, isocaptante e hipercaptante) e da EE-E (homogéneo verde, heterogéneo verde, heterogéneo azul e homogéneo azul), após uma sessão de ensino conjunta de 20 minutos. A reprodutibilidade foi calculada através do kappa (k) para cada técnica e grupo de endoscopistas.

Resultados: A reprodutibilidade global da EE-E (k = 0,41) foi superior à da EE-HC (k = 0,31). A reprodutibilidade da EE-E foi superior à da EE-HC em todos os grupos, excepto no grupo C, em que foram iguais. A reprodutibilidade da EE-HC e da EE-E no grupo A (k = 0,63; k = 0,80) foi superior à registada nos grupos B (k = 0,37; k = 0,54), C (k = 0,54; k = 0,54) e D (k = 0,21; k = 0,28).

Conclusões: Este estudo sugere que, na avaliação das LSP, a reprodutibilidade da EE-E é superior à da EE-HC e que ambas as técnicas são pouco reprodutíveis entre endoscopistas com pouca experiência na EE e/ou EE-HC/EE-E.

2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA PANCREATITE AGUDA GRAVE POR HIPERTRIGLICERIDÊMIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA DÉCADA.

A. Santos, P. Amaro, M. Ferreira, J.M. Romãozinho, C. Sofia

Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia e Hepatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A hipertrigliceridemia é a 3ª causa mais comum de Pancreatite Aguda (PA), sendo responsável por 1 a 38% dos casos. Esta entidade é definida pela presença de níveis elevados de triglicéridos (≥ 1000 mg/dL) na ausência de outros factores etiológicos.

Métodos e objetivo: Caracterização dos doentes internados com Pancreatite Aguda Grave (PAG) por hipertrigliceridemia numa Unidade de Cuidados Intensivos. Análise retrospectiva entre 2002 e 2012; 185 casos de PAG; 13 doentes com PAG e Triglicéridos ≥ 1000 mg/dL (7,3%). Outras etiologias foram excluídas. Consideramos as variáveis clínicas e demográficas com valor diagnóstico e prognóstico. Foram revistas as abordagens médicas e cirúrgicas.

Resultados: Masculino 92,3%; Idade média 42,8 anos (23-68); Tempo de evolução média 27 horas (3-72); Dislipidemia conhecida 84,6%; Diabetes mellitus 42,9%; Índice de Massa Corporal > 30 Kg/m² 46,2%; Alcoolismo crónico 69,2%; TG médios à admissão 4805 (1011-11442) mg/dL; Score de Ranson à admissão ≥ 3 : 57,1%; PCR às 48 h > 15 mg/dL: 85,7%; Choque 7,7%; Falência renal 15,4%; Falência respiratória 84,6%; Necrose pancreática 30,8%; Necrose pancreática infectada 7,7%; Coleções líquidas 38,5%; Plasmaferese 61,5%; nível médio de TG 4926 mg/dL; número médio de sessões 1,9; redução média de níveis de TG após a primeira sessão de plasmaferese 5496 (1194-11056) mg/dL; Duração média do internamento: 7 dias; Mortalidade 7,7%; há uma diferença estatisticamente significativa na mortalidade por PA por hipertrigliceridemia e PA litíásica ($p = 0,044$).

Conclusões: A hipertrigliceridemia é uma causa rara de PAG, afectando predominantemente doentes jovens do sexo masculino, a maioria com uma história conhecida de dislipidemia. Em cerca de metade dos casos associa-se a Diabetes mellitus e em 2/3 dos casos a alcoolismo crónico. A complicação mais frequente neste contexto é a falência respiratória e a necrose pancreática. A plasmaferese é uma ferramenta efectiva para a rápida redução dos níveis de TG. PAG por hipertrigliceridemia tem um prognóstico favorável quando comparado com a etiologia litíásica, mais frequente.

3. LESÕES QUÍSTICAS DO PÂNCREAS: PODERÁ A ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA SER OTIMIZADA?

A. Fernandes¹, N. Almeida¹, N. Dias², M.A. Cipriano², F. Portela¹, A.M. Ferreira¹, M.R. Silva², F. Xavier da Cunha², C. Sofia¹

¹Serviços de Gastrenterologia; ²Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: As lesões quísticas pancreáticas são relativamente comuns na nossa prática clínica mas, a sua abordagem diagnóstica é complexa.

Objetivo: Avaliar as características das lesões quísticas pancreáticas nos doentes submetidos a cirurgia e correlacionar os achados laboratoriais/imagiológicos prévios com o diagnóstico histológico definitivo.

Doentes e métodos: Estudo retrospectivo (1998-2012) abrangendo todos os doentes submetidos a intervenção cirúrgica para remoção de lesões quísticas do pâncreas. Registo dos achados clínicos e de todos os procedimentos diagnósticos efetuados. Comparação com o diagnóstico histológico definitivo. Estudo estatístico realizado com SPSS v20.0.

Resultados: Incluídos 38 doentes (sexo feminino-22; Média etária-55,7 \pm 15,3 anos), que clinicamente apresentavam: dor abdominal-65,8%; náuseas/vómitos-36,8%; icterícia-18,4%; diarreia/esteat-

torreia-15,8%; massa abdominal palpável-5,3%. Cinco doentes (13,2%) eram assintomáticos. Elevação dos marcadores tumorais séricos: CA 19,9-23,7%; CA125-7,8%; CA 72,4-2,6%; CEA-2,6%. Avaliação imagiológica: ecografia abdominal-81,6%; TC abdominal-97,4%; RM abdominal-39,5%. Características imagiológicas das lesões: Dimensão média-51 \pm 27 mm; localização na região cefálica-55,3%; lesões múltiplas-3 doentes. Diagnóstico imagiológico: Neoplasia Quística Mucinoso (NQM)-13,2%; Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal (IPMN)-10,5%; Pseudoquisto-5,3%; Tumor neuroendócrino quístico-2,6%; Cistadenocarcinoma-2,6%; Tumor Pseudopapilar Sólido (TPS)-2,6%; Indefinido-63,2%. Avaliação ecoendoscópica em 14 doentes, com punção em 12. O líquido era viscoso em 5 casos e o CEA > 192 ng/ml em 3 dos 5 casos em que foi doseado. Diagnóstico ecoendoscópico isolado (14 doentes): NQM-28,6%; Adenocarcinoma-7,1%; Indefinido-64,3%. Diagnóstico ecoendoscópico complementado com punção (12 doentes): NQM-41,7%; (Cisto)adenocarcinoma-25%; Pseudoquisto-16,7%; Cistadenoma seroso-8,3%; IPMN-8,3%. Diagnóstico histológico definitivo: Cistadenoma seroso-31,6%; IPMN-23,7%; NQM-21,1%; Pseudoquisto-13,2%; NQM com carcinoma-5,3%; TPS-2,6%; Quisto linfopitelial benigno-2,6%. Acuidade diagnóstica pré-cirurgia: Imagiologia convencional-5/38 doentes(13,2%); Ecoendoscopia-3/14 (21,4%); Ecoendoscopia com punção-7/12 (58,3%). Nesta última técnica os falsos negativos estiveram associados à citologia e não ao doseamento do CEA.

Conclusões: As técnicas imagiológicas convencionais e a ecoendoscopia têm uma acuidade diagnóstica limitada para identificar corretamente o tipo de lesão quística pancreática. A ecoendoscopia com punção, preferencialmente com doseamento do CEA, é a técnica com maior sensibilidade e deve ocupar um papel mais preponderante na estratégia diagnóstica deste tipo de lesões.

4. PANCREATITE AGUDA: SERÁ A NOVA CLASSIFICAÇÃO DE ATLANTA APLICÁVEL NA PRÁTICA CLÍNICA?

A. Fernandes, N. Almeida, A.M. Ferreira, A. Casela, E. Camacho, P. Amaro, M. Ferreira, J.M. Romãozinho, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A pancreatite aguda(PA) é uma patologia frequente sendo fundamental dispor de uma classificação que permita uniformizar conceitos e estabelecer critérios de severidade.

Objetivo: Avaliar a aplicabilidade prática da nova classificação de Atlanta e estabelecer a sua correlação com a anterior classificação.

Doentes e métodos: Incluídos retrospectivamente todos os episódios de internamento por PA num serviço de Gastrenterologia durante o ano de 2012 (106 episódios; 99 doentes; H/M-60/39; 63 \pm 17 anos). Avaliados os critérios clínicos, analíticos e imagiológicos; aplicados os scores de severidade da pancreatite; definida a disfunção de órgão segundo o score de Marshall modificado; aplicada a classificação de Atlanta original e a respetiva revisão. Estudo estatístico realizado com SPSS v20.0.

Resultados: Etiologias: Litíase-34%; Álcool-20,8%; CPRE-5,7%; Hipertrigliceridemia-4,7%; Outras-0,9%; Indeterminada-40,6%. Descompensação de co-morbilidades-19,8%. Presença de SIRS-36,8%. Falência orgânica: 31 doentes (29,2%); duração < 48 h-35,5%; duração > 48 h-64,5%. Tipos de falência de órgão: respiratória-26,4%; renal-10,4%; cardiovascular-5,7%. Scores de severidade: Ranson ≥ 3 -34%; APACHE II ≥ 8 -43,4%; BISAP ≥ 3 -24,5%. Complicações locais: coleção aguda peripancreática-29,2%; coleção aguda necrótica-13,2%; pseudoquisto-2,8%; coleção necrótica encapsulada-2,8%. Referência à cirurgia-6,6%. Óbitos-4,7%. Classificação de Atlanta original: PA ligeira-49,1%; PA severa-50,9%. Classificação de Atlanta revista: PA ligeira-52,8%; PA moderadamente severa-28,3%; PA severa-18,9%. Concordância das duas classificações: 54,7%, con-

siderando todos os internamentos; 76,3% se excluirmos as PA moderadamente severas. As discordâncias relacionaram-se com os scores de severidade nos doentes com PA ligeira na nova classificação (Ranson ≥ 3 -16,1%; APACHE II ≥ 8 -32,5%). Diferenças com significado estatístico entre PA severa, moderadamente severa e ligeira: tempo de internamento ($31,1 \pm 29,5$ vs $14,5 \pm 6,1$ vs $9,3 \pm 4$ dias); referência à cirurgia (25% vs 6,7% vs 0%); óbito (25% vs 0% vs 0%).

Conclusões: A nova classificação de Atlanta é útil na prática clínica pois está francamente correlacionada com a duração do internamento, a referência à cirurgia e a mortalidade. Contudo, pode só ser aplicável no final do internamento e a discordância com os scores de severidade tradicionalmente utilizados pode revelar-se problemática.

5. ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DAS COMPLICAÇÕES BILIARES PÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO

R. Küttner Magalhães, J.M. Ferreira, C. Caetano, S. Allegro, I. Pedroto

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

Introdução: As complicações biliares pós transplante hepático (CBPTH) têm uma incidência entre 10-25% e a maioria pode ser abordada por via endoscópica.

Objetivo: Avaliar o tipo de CBPTH e a sua abordagem endoscópica.

Material e métodos: Recolha retrospectiva dos dados relativos a doentes referenciados para Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) por suspeita CBPTH, no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2012.

Resultados: Realizadas 117 CPREs a 65 doentes, 84,6% do sexo masculino, com idade média no transplante de 48,2 anos e idade média na realização de CPRE de 51,2 anos. A mediana até realização de CPRE após transplante foi de 28,0 meses. As indicações major para transplante foram cirrose hepática alcoólica em 36,9%, paramiloidose familiar em 24,6% e carcinoma hepatocelular em 16,9%. Quatro doentes tinham anastomose colédoco-duodenal e 61 colédoco-coledócica, sendo que os primeiros apresentaram menos CBPTH do que os últimos (25,0% vs 78,7%, $p = 0,043$). Em 96 CPREs a 49 doentes foram detectadas CBPTH: 33 (67,5%) estenose da via biliar (média de 2 CPREs), 27 (55,1%) litíase/lama da via biliar (média de 1,7 CPREs), 8 (16,2%) prótese biliar migrada para a via biliar (média de 1 CPRE) e 6 (12,2%) fuga biliar/biloma (média de 1,6 CPREs). Dos 49 doentes, 85,7% foram submetidos a terapêutica endoscópica, cujo sucesso técnico foi de 73,5% e o sucesso clínico 63,3%. Foram tratados cirurgicamente 13 doentes (26,5%) e 1 (2,0%) foi submetido a terapêutica percutânea. Constataram-se 12 complicações ligeiras pós CPRE. Não se registaram diferenças com significado estatístico relativamente à idade, sexo, motivo do transplante e complicações operatórias nos doentes com vs sem CBPTH ou com vs sem complicações pós CPRE.

Conclusões: As CBPTH são comuns e desafiantes. A realização de CPRE permite, de forma segura e eficaz, a sua resolução numa percentagem significativa de doentes, evitando assim a intervenção cirúrgica.

6. ECOENDOSCOPIA PARA ESTUDO DE LESÕES SUBEPITELIAIS - QUANDO SOMOS SURPREENDIDOS COM ALTERAÇÕES PANCREÁTICAS SIGNIFICATIVAS

T. Pinto-Pais, S. Fernandes, L. Proença, C. Fernandes, I. Ribeiro, J. Carvalho, J. Fraga

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

A patologia pancreática é frequentemente subdiagnosticada, não só pela sintomatologia escassa ou inespecífica, mas também

plea dificuldade em avaliar a glândula em exames de rotina como a ecografia abdominal. A ecoendoscopia permite uma avaliação detalhada do pâncreas e, mesmo quando realizada por outras indicações, pode ser uma oportunidade para detectar patologia pancreática até aí insuspeita.

Objetivo: Avaliar a frequência de alterações pancreáticas significativas (APS) em doentes submetidos a ecoendoscopia para estudo de lesões subepiteliais (LSE) do tracto digestivo superior (TDS).

Material e métodos: Revisão retrospectiva das ecoendoscopias realizadas por LSE-TDS entre 2009 e 2013. Excluídos doentes com patologia pancreato-biliar e tumores neuroendócrinos da parede digestiva. Colhidos dados demográficos, clínicos e ecoendoscópicos (com caracterização das LSE e APS).

Resultados: Realizado um total de 304 ecoendoscopias para estudo de LSE-TDS. Detectadas alterações significativas no pâncreas em 3,3% (10 indivíduos), com 63,9 anos de idade média (47-78), dos quais 7 homens. Diagnosticadas lesões sólidas em três indivíduos, quísticas em três e alterações significativas da ecoestrutura da glândula em quatro. Efetuou-se punção com agulha fina (PAAF) em três doentes, tendo-se diagnosticado um adenocarcinoma, um tumor neuroendócrino e um quisto mucinoso. Ambos os doentes com patologia neoplásica foram operados. Os doentes com alterações ecoestruturais da glândula foram avaliados de acordo com os critérios de Rosemont: dois apresentavam aspetos sugestivos de pancreatite crónica e um indeterminado para pancreatite crónica. Os doentes com lesões que, pelas suas pequenas dimensões, não foram submetidos a PAAF, mantêm-se sob seguimento.

Conclusões: Este estudo sugere um papel importante da ecoendoscopia no diagnóstico precoce das lesões pancreáticas. Na nossa amostra, foram diagnosticadas alterações pancreáticas significativas em 3,2% dos doentes submetidos a ultrassonografia endoscópica para estudo de lesões sub-epiteliais do tubo digestivo superior, 0,99% de etiologia neoplásica.

7. PANCREATITE INDUZIDA PELA AZATIOPRINA EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

E. Rodrigues-Pinto, P. Pereira, S. Lopes, A.C. Nunes, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução e objetivo: A doença de Crohn (DC) e a Colite Ulcerosa podem caracterizar-se por várias manifestações extra-intestinais, nomeadamente, pancreatite aguda (PA). A azatioprina (AZA) pode induzir PA na doença inflamatória intestinal (DII), contudo, raramente se associa a PA noutras doenças que não a DII. Caracterizar a população de doentes com DII que desenvolveram PA induzida pela AZA num hospital terciário.

Métodos: Estudo transversal de doentes com DII internados no serviço de Gastrenterologia por PA induzida pela AZA entre Janeiro/2006 e Dezembro/2012.

Resultados: Todos os doentes (15, oito do sexo masculino) tinham DC. A prevalência de PA foi 0,17% (571 doentes sob AZA). A idade mediana aquando diagnóstico de PA foi 34 (18-47) anos. 46,7% dos doentes tinham doença ileal e 80% tinham fenótipo não estenosante não penetrante. 13% dos doentes tinham doença perianal e 6,7% tinham manifestações extra-intestinais concomitantes. A mediana do índice Harvey-Bradshaw foi de 2 (0-6). 13% dos doentes já tinham sido submetidos a cirurgia previamente. 40% dos doentes tinham álcool ou tabaco como co-factores. A mediana de tempo sob AZA até ao diagnóstico foi de 20 (4-90) dias, com dosagem média de 100 mg (50-150). 26,7% dos doentes encontravam-se sob tratamento concomitante com 5-ASA, 40% com corticóides e 6,7% com antibióticos. Dor abdominal foi o principal sintoma ao diagnóstico. O valor médio da amilase foi 129U/L (54-566), o da lipase foi 414U/L (93-2082). Todas as PA foram de gravidade ligeira. Um do-

ente tinha história de pancreatite prévia (5-ASA). 20% dos doentes tinham edema na ecografia. O tempo médio de hospitalização foi 7 dias. Nenhum doente fez *re-challenge* com 6-mercaptopurina.

Conclusões: A AZA é um factor de risco estabelecido para PA na DII, contudo, apenas a DC parece ter factor preditivo de PA, não se sabendo, contudo, o motivo dessa diferença.

8. REPETIÇÃO DE ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO (EUS-FNA) NA AVALIAÇÃO DE MASSAS DO PÂNCREAS: IMPACTO DIAGNÓSTICO SIGNIFICATIVO

S. Faias, C. Fidalgo, J. Pereira Silva, S. André, D. Pereira

Serviço de Gastrenterologia e Anatomia Patológica IPO Lisboa.

Introdução: A ecoendoscopia com punção (EUS-FNA) de massas pancreáticas suspeitas permite um diagnóstico citológico, determinante na terapêutica de lesões irresssecáveis. Por vezes a EUS-FNA inicial não é diagnóstica.

Objetivo: Avaliação dos diagnósticos citológicos obtidos por repetição de EUS-FNA após exame inicial não diagnóstico de massas pancreáticas.

Material e métodos: Análise retrospectiva de base de dados de Ecoendoscopia com realização de uma 1ª EUS-FNA de massa pancreática de Jan/11-Dez/12. Avaliados doentes, lesões, número de punções e citologias obtidas em doentes que viriam a repetir EUS-FNA por não haver diagnóstico citológico na EUS-FNA inicial. Follow-up (FU) com consulta do processo clínico ou contacto telefónico. Obtidos os relatórios anatomo-patológicos dos doentes operados.

Resultados: Realizaram-se 119 EUS-FNA em 101 doentes, dos quais 14 (13,8%) viriam a repetir EUS-FNA, realizando no total 32 procedimentos (1EUS-87 doentes; 2EUS-11 doentes; 3EUS-2 doentes; 4EUS-1doente). Citologia inicial dos 14 doentes com repetição de EUS-FNA: sem material = 8; células pancreáticas normais/reactivas = 3, suspeita TNE (material insuficiente para imunohistoquímica) = 1, exame falhado/indeterminado = 2. Realizadas em média 3,7 passagens (1-8) nas EUS-FNAs repetidas, todas com agulha 22G, excepto uma com 22G+19G. Na 2ª EUS-FNA obtiveram-se 8/14 (57%) diagnósticos: Adenocarcinoma(ADC) = 6; neoplasia produtora de muco = 1; LNHB = 1; células normais/reactivas = 3; sem material = 2; exame falhado/indeterminado = 1. Realizada 3ª EUS-FNA em 2 doentes, citologia sem material = 1 e exame falhado/indeterminado = 1, e 4ª EUS-FNA por suspeita de ADC irresssecável-células benignas. FUP destes 3 doentes: falecido por ADC = 1; assintomático com alteração imagiológica estável após 20 meses FUP = 1; diagnóstico de ADC com carcinomatose peritoneal após laparotomia exploradora (pancreatite crónica associada motivou 4 EUS-FNAs sem diagnóstico) = 1.

Conclusões: Repetir uma 2ª EUS-FNA em massas pancreáticas com citologia inicial inconclusiva incrementa os diagnósticos em mais de metade dos casos. Realizar exames adicionais não tem resultados significativos.

9. COLOCAÇÃO COMBINADA DE PRÓTESES DUODENAI E BILIARES NAS OBSTRUÇÕES MALIGNAS DUODENAI E BILIARES INOPERÁVEIS/IRRESSECÁVEIS

D. Carvalho, M.J. Silva, M. Costa, G. Ramos, A. Mateus Dias, J. Coimbra

CHLC, Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço de Gastrenterologia.

Introdução: O aumento da sobrevida de doentes com neoplasias irresssecáveis do confluente duodeno-bilio-pancreático tornou mais frequente a obstrução biliar e duodenal, pelo que a colocação combinada de próteses duodenais e biliares, sequencial ou simultânea, tem sido utilizada como terapêutica paliativa. Com este estudo

pretende-se avaliar a eficácia deste tratamento endoscópico com base na experiência do nosso centro.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com colocação de próteses duodenais e biliares, sequencial ou simultaneamente, entre 01/03/2010 e 01/03/2013.

Resultados: Trataram-se 16 doentes, 56,25% mulheres, com idade mediana de 80 anos. O tumor primário localizava-se na cabeça do pâncreas (62,50%), duodeno (18,75%), vesícula e vias biliares (12,50%), e cólon direito (6,25%). Todos apresentavam doença em estágio IV. Em 6 documentou-se metastização à distância. Três foram submetidos a quimioterapia após terapêutica paliativa endoscópica. Em 10 doentes colocou-se inicialmente prótese biliar seguida de duodenal, em 4 prótese duodenal e posteriormente biliar e, em 2 foram colocadas simultaneamente. Em 14 a prótese biliar foi colocada por via endoscópica e em 2 por via percutânea. Num caso ocorreu perfuração após colocação de prótese duodenal. Efetuou-se follow-up completo em 12 doentes (75%). O doente com complicação do procedimento faleceu às 72 h. Um faleceu às 48h pela história natural da doença. Os restantes 10 tiveram sobrevida média de 206 dias (59-48). Ao longo do follow-up 3 necessitaram de colocar 2 próteses biliares e a 2 colocaram-se 3 próteses biliares. A patência média da 1ª prótese biliar foi de 113 dias. Dois doentes necessitaram de colocar 2 próteses duodenais. A patência média das próteses duodenais foi de 119 dias.

Conclusões: A colocação de próteses duodenais e biliares é segura e eficaz para alívio da colestase e obstrução duodenal, melhorando a qualidade de vida dos doentes no período de sobrevida que esta terapêutica e a história natural da doença permitem.

COMUNICAÇÕES 8

Ciência Básica

15 Junho 2013, 10:00-11:00, Sala Fénix I

1. NÍVEL CIRCULANTE DE CD11B+ JAGGED-2+ COMO BIOMARCADOR PREDITIVO DE METASTIZAÇÃO DE CARCINOMA COLO-RECTAL

F. Caiado¹, T. Carvalho¹, L. Remédio¹, A. Costa¹, I. Rosa², J. Pereira da Silva², P. Fidalgo², A. Dias Pereira², S. Dias¹

¹Unidade de Investigação em Patobiologia Molecular; ²Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE.

Introdução: O cancro colo-rectal (CCR) é a segunda causa de morte por cancro no ocidente. A doença metastática é a principal causa desta mortalidade. Um processo essencial na metastização de tumores epiteliais é a transição epitélio-mesenquimatoso (EMT). Na EMT, há diminuição de marcadores epiteliais e aumento de marcadores mesenquimatosos, associada a aumento da motilidade e capacidade de invasão celulares. Demonstrou-se correlação positiva entre EMT e metastização no CCR. Tem também sido sugerido que a metastização tumoral pode ser regulada sistemicamente, envolvendo células não malignas do microambiente tumoral. Dados do nosso grupo mostraram que células CD11b+ Jagged-2+ derivadas da medula são recrutadas para o microambiente dos CCR, induzindo EMT nas células tumorais através da activação da via Notch de sinalização. Propusemo-nos correlacionar os níveis de células CD11b+ Jagged-2+ no sangue periférico (SP) com a agressividade tumoral.

Material: Foram usados modelos em rato (B6 NUDE mice) de CCR ectópico e ortotópico, usando linhas celulares de CCR (HCT15, HCT116). Analisaram-se depois doentes consecutivos com CCR avaliados em consulta multidisciplinar sem terapêutica prévia. As amostras de SP, humanas e de rato, foram marcadas usando anticorpos anti CD11b e Jagged-2 e analisadas por citometria de fluxo.

Resultados: Analisaram-se 20 modelos em rato (8 ectópicos, 12 ortotópicos). Observou-se aumento nos níveis de células CD11b+ Jagged-2+ no SP nos modelos ectópicos e ortotópicos, comparados com ratos controlo ($p = 0,0471$; $p = 0,037,0$ respectivamente). Incluíram-se 29 doentes com CCR (21 homens, média de idades: 72), 24% dos quais em estádios 0-II, 52% em estágio III e 24% em estágio IV. Houve um aumento significativo dos níveis de células CD11b+ Jagged-2+ no SP nos doentes em estágio IV quando comparados com doentes em estádios 0-II ($p = 0,0025$).

Conclusões: Os níveis de CD11b+ Jagged+ no SP correlacionam-se positivamente com a agressividade do CCR, sugerindo uma potencial utilidade como biomarcador preditivo de metástase.

2. REGULAÇÃO DA EXPRESSÃO DE CDX2 E PENETRABILIDADE NO MUCO GASTROINTESTINAL USANDO NANOPARTÍCULAS DE SIRNA E QUITOSANO

A. Sadio^{1,2}, C. Gomes², P. Moreno², J.K. Gustafsson³, G.C. Hansson³, L. David^{1,4}, A.P. Pêgo^{2,5,6}, R. Almeida^{1,4}

¹IPATIMUP, Universidade do Porto; ²INEB, Universidade do Porto;

³Department of Medical Biochemistry, University of Gothenburg, Sweden. ⁴Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

⁵Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. ⁶ICBAS, Universidade do Porto.

Introdução: A metaplasia intestinal (MI) gástrica é uma condição pré-maligna associada a um risco aumentado de adenocarcinoma. A erradicação do *Helicobacter pylori* não pára nem reverte a progressão da MI em todos os doentes. O CDX2, o principal mediador da diferenciação intestinal, auto-regula a sua expressão e está ligado ao seu promotor na MI. Assim, coloca-se a hipótese deste mecanismo ser crucial para a manutenção do fenótipo intestinal, tornando o CDX2 um potencial alvo terapêutico.

Objetivo: Criar um sistema de entrega de siRNAs dirigidos ao CDX2, tendo por base nanopartículas (NPs) de quitosano (CH) e trimetilquitosano (TMC).

Métodos: O CH foi modificado com imidazol (CHimi) para melhorar a capacidade de fuga dos endossomas; a trimetilação (TMC) usou-se para conferir ao CH um carácter catiónico a pH fisiológico, facilitando a solubilização. Prepararam-se NPs com diferentes proporções de polímero/siRNA (rácios N/P), posteriormente optimizadas no que concerne à capacidade de complexação dos siRNAs, tamanho e carga. A internalização celular e citotoxicidade foram avaliadas. A regulação do CDX2 foi avaliada ao nível do mRNA e proteína. A penetrabilidade no muco gastrointestinal testou-se em explantes de mucosa de murganho.

Resultados: O CHimi e TMC foram capazes de complexar o siRNA (rácios N/P 50 e 2/4, respectivamente, foram usados em estudos subsequentes), apesar do TMC originar partículas mais estáveis a diferentes pHs. Embora a diminuição do CDX2 tenha sido semelhante com os 2 tipos de NPs usadas (cerca de 25% a nível do mRNA e 50% da proteína), as NPs de CHimi revelaram maior polidispersão de tamanhos e menor taxa de internalização. Nenhuma das NP induziu citotoxicidade e ambos os tipos são capazes de atravessar o muco gástrico.

Conclusões: As NPs propostas são capazes de mediar a diminuição da expressão de CDX2 e atravessar o muco gástrico, constituindo uma potencial estratégia para reverter a MI.

3. CYR61 E TAZ, ASSOCIADOS AO FENÓTIPO TRANSIÇÃO EPITÉLIO-MESÊNQUIMA SÃO MARCADORES PRECOSES DE PROGRESSÃO MALIGNA EM ESÓFAGO DE BARRETT

J. Cardoso¹, M. Mesquita^{2,3}, A. Dias Pereira^{2,3}, P. Chaves^{2,3}, M. Bettencourt-Dias¹, J.B. Pereira Leal¹

¹Instituto Gulbenkian de Ciência, Oeiras, Portugal. ²Instituto

Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa,

Portugal. ³Faculdade de Ciências da Saúde - UBI, Covilhã, Portugal.

Introdução: O esófago de Barrett (EB) é o principal factor de risco para adenocarcinoma (ADC) do esófago, que apesar de baixo não é negligenciável e implica monitorização regular. Marcadores capazes de estratificar tal risco são inexistentes.

Objetivo: Identificar potenciais biomarcadores de progressão maligna do EB.

Material e métodos: Analisámos 3 conjuntos de dados públicos de *microarrays* de EB utilizando uma inovadora estratégia bioinformática de pesquisa de biomarcadores, a qual combina a análise de códigos de barras de expressão com expressão diferencial. Genes candidatos foram validados por RT-PCR quantitativo e imunohistoquímica em series temporais de amostras de parafina de EB de doentes com displasia de alto grau/ADC diagnosticados durante a vigilância e das suas amostras índice ($n = 9$). Como controlos, utilizaram-se doentes com EB sem progressão ($n = 10$).

Resultados: Identificámos 19 genes sobre-expressos, que distinguiram computacionalmente amostras de EB associadas das não associadas a progressão maligna. A integração e análise das funções biológicas dos genes candidatos, seguida de validação experimental permitiu-nos restringir os candidatos aos genes CYR61 e TAZ. Em diversos tumores, a sobre-expressão destes genes está associada a pior prognóstico e ao fenótipo celular do tipo estaminal/transição epitélio-mesênquima o qual confere um comportamento tumoral mais agressivo. De maior importância, descobrimos por RT-PCR quantitativo e imunohistoquímica que a sobre-expressão destes biomarcadores é detectável anos antes do aparecimento de displasia de alto grau/ADC nas amostras índice de doentes associados a progressão comparativamente aos doentes sem progressão. Tal sobre-expressão correlaciona-se ainda com a observação de sinais precoces de transição epitélio-mesênquima em amostras índice.

Conclusões: CYR61 e TAZ parecem ser biomarcadores precoces de progressão neoplásica do EB com potencial na estratificação do risco de progressão. A sua sobre-expressão sugere ainda que alterações moleculares do tipo estaminal/transição epitélio-mesênquima poderão estar precocemente envolvidas na progressão do ADC associado a EB.

4. NOVOS MECANISMOS NA PROGRESSÃO EM ESÓFAGO DE BARRETT: ALTERAÇÕES CENTROSSÓMICAS PRECEDEM A INVASÃO

C.A.M. Lopes^{1,*}, M. Mesquita^{1,3,*}, A.I. Cunha¹, A. Dias Pereira^{1,3}, M. Bettencourt-Dias², P. Chaves^{1,3}

¹Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ²Instituto Gulbenkian de Ciência; ³Faculdade de Ciências da Saúde-UBI. *Estes autores contribuíram de igual forma para este trabalho

Introdução: A progressão neoplásica do esófago de Barrett (EB), que ocorre através da sequência metaplasia-displasia-adenocarcinoma, resulta da acumulação de alterações da diferenciação, polaridade e ploidia, processos celulares controlados pelo centrosoma, o principal organizador de microtúbulos em células animais. Apesar da estabelecida correlação entre anomalias do centrosoma e determinados modelos neoplásicos, o seu papel na tumorigénese do EB é desconhecido.

Objetivo: Avaliar o perfil centrossómico no processo de tumorigénese do EB.

Material e métodos: Utilizaram-se biópsias de EB negativas para displasia (n = 6), peças de esofagectomia (n = 14) e um painel de linhas celulares (n = 13), geneticamente caracterizadas, derivadas dos diferentes estádios da progressão (1 de metaplasia, 3 de displasia de alto grau, 7 de adenocarcinoma e 2 de metástases). Através de um método de dupla marcação por imunofluorescência avaliou-se a percentagem de células com amplificação de centríolos (> 4 centríolos/célula).

Resultados: A percentagem de células com amplificação de centríolos aumentou da metaplasia para a neoplasia: $0,46\% \pm 0,69\%$ em EB associado a adenocarcinoma, $2,46\% \pm 1,73\%$ em adenocarcinoma e $8,25\% \pm 4,32\%$ em metástases ganglionares. Apesar da elevada variabilidade inter-doente, em cada um observa-se aumento de células com amplificação ao longo da progressão. Estes resultados foram corroborados nas linhas celulares: 1,7% em metaplasia, $33,3\% \pm 7,1\%$ em displasia de alto grau, $10,8 \pm 10,5$ em adenocarcinoma e $8,0\% \pm 5,9\%$ em metástases.

Conclusões: Os nossos resultados sugerem que as alterações nos centrossomas estão relacionadas com a progressão do EB e precedem o processo de invasão tumoral. A correlação destas alterações com o conhecido perfil genético das linhas sugere que existem eventos (como a perda do p53) mais permissivos à amplificação dos centrossomas. A relação entre as alterações centrossómicas evidenciadas e as alterações genéticas conhecidas na progressão do EB poderá ter impacto na sua abordagem diagnóstica e terapêutica.

5. ALTERAÇÕES GENÉTICAS NO GENE MGMT: PAPEL IMPORTANTE NA INICIAÇÃO TUMORAL EM FORMAS FAMILIARES ESPECÍFICAS DE POLIPOSE SERREADA

P. Silva¹, C. Albuquerque¹, M. Rocha¹, P. Lage^{2,3}, R. Fonseca⁴, P. Rodrigues², S. Ferreira^{2,3}, I. Claro^{2,3}, P. Chaves⁴, A. Dias Pereira³

¹UIPM; ²Clinica de Risco Familiar; ³Serviço de Gastrenterologia;

⁴Serviço de Anatomia Patológica, IPOLFG, EPE.

Introdução: A polipose serreada (PS) é caracterizada por múltiplos pólipos serreados no cólon, predispondo para o desenvolvimento de cancro do cólon e recto (CCR). Recentemente, foi descrito um aumento do risco de CCR em familiares de indivíduos com PS, sendo actualmente considerada a existência de formas familiares desta patologia. Tem sido descrita a metilação do gene *MGMT* em lesões de doentes com PS, no entanto, não é ainda conhecida a contribuição desta e de outras alterações neste gene nas formas familiares desta síndrome.

Objetivo: Caracterizar os eventos genéticos no gene *MGMT* associados à PS com história familiar de pólipos e/ou cancro do cólon e recto (PS-HFP/CCR).

Material e métodos: Foram analisadas 54 lesões de 11 doentes pertencentes a 10 famílias de PS-HFP/CCR para a presença de metilação e perda de heterozigotia (LOH) do gene *MGMT*. Foram pesquisadas mutações germinais neste gene em 10 indivíduos index destas famílias. Análise estatística: Teste exacto de Fisher e χ^2 .

Resultados: Foi detectada metilação do gene *MGMT* em 26/46 (56%) lesões de PS-HFP/CCR. Observou-se LOH no locus deste gene em 13/31 (42%) lesões informativas. Ambas as alterações foram detectadas mais frequentemente nos doentes com PS-HFP/CCR que apresentavam predomínio de lesões (> 70%) no cólon proximal ou distribuídas por todo o cólon, em relação ao predomínio no cólon distal [19/29 (66%) vs 7/17 (41%) e 13/19 (68%) vs 0/12, p = 0,0002, respectivamente]. Em algumas amostras do 1º grupo, foram detectados os dois eventos em simultâneo (8/18, 44%). No mesmo grupo, quer a metilação quer a LOH foram detec-

tadas tanto em lesões iniciais (6/6 e 4/6 pólipos hiperplásicos, respectivamente), como em lesões tardias (3/4 e 1/3 adenocarcinomas, respectivamente). Em dois indivíduos, também do 1º grupo, foram identificadas duas mutações germinais em heterozigotia, de significado desconhecido, no entanto, a análise ainda se encontra em curso.

Conclusões: A elevada frequência de metilação e LOH do *MGMT*, quer em lesões precoces, quer tardias, de PS-HFP/CCR, localizadas preferencialmente no cólon proximal/todo o cólon, é indicativa dum importante papel deste gene na iniciação tumoral nesta forma familiar de PS. Relativamente ao envolvimento de mutações germinais neste gene, ainda não é possível retirar conclusões.

6. INIBIÇÃO DA COX-2 COM NUTRACÊUTICOS: NOVA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA INFECÇÃO PELO *HELICOBACTER PYLORI*?

A. M. Santos, T. Lopes, M. Oleastro, T. Pereira, P. Chaves, J. Machado, A.S. Guerreiro

¹CEDOC/Faculdade de Ciências Médicas, Univ. Nova de Lisboa, LISBOA, Portugal. ²Instituto nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, LISBOA, Portugal. ³Instituto Português de Oncologia, Lisboa, Portugal.

O *Helicobacter pylori* (*Hp*) infecta a grande maioria da população mundial e diversos estudos demonstram que a infecção por esta bactéria provoca um aumento da expressão da ciclooxigenase (COX-2), estando este facto relacionado com a inflamação da mucosa gástrica.

Objetivo: Estudar o efeito de dois nutracêuticos (curcumin e synbiotic 2000® Forte na expressão de COX-2 na mucosa gástrica de ratinhos infectados cronicamente com uma estirpe de *Hp*.

Material e métodos: 30 ratinhos C57BL/6 foram infectados com uma estirpe SS1 de *Hp*. Após confirmação da infecção com um teste respiratório com ¹³C-ureia adaptado aos ratinhos, estes foram divididos em três grupos de 10 e tratados três vezes por semana com: Placebo, curcumin (10 mg/ratinho) ou Synbiotic 2000® Forte (50 mg/ratinho). Cinco ratinhos de cada grupo foram sacrificados à 6ª e 18ª semanas. Amostras de estômago foram recolhidas para análise da mucosa por imunohistoquímica.

Resultados: Todos ratinhos mantiveram a infecção durante todo o estudo, o que foi demonstrado por teste respiratório com ¹³C-ureia e por imunohistoquímica. No grupo PBS a expressão de COX-2 estava significativamente aumentada tanto na 6ª semana (área positiva por imunohistoquímica $393-544 \times 10^3$ pixels) como na semana 18 (área positiva imunohistoquímica $242-614 \times 10^3$ pixels). O tratamento quer com curcumin quer com synbiotic produziu um decréscimo significativo na expressão de COX-2 tanto na 6ª semana como na 18ª semana.

Conclusões: Estes resultados sugerem o possível benefício terapêutico de ambos os nutracêuticos na inibição da COX-2 durante a infecção experimental com *Hp*. A suplementação da dieta de humanos com curcumin ou com Synbiotic 2000® Forte poderá constituir uma nova abordagem terapêutica na prevenção secundária da inflamação gástrica induzida por *Hp*.

COMUNICAÇÕES 9

Endoscopia Digestiva

15 Junho 2013, 11:30-13:00, Sala Fénix I

1. DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA: EXPERIÊNCIA INICIAL NUM CENTRO HOSPITALAR

S. Marques, P. Barreiro, I. Chapim, L. Matos

Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução e objetivo: Ao contrário do que acontece no Japão, nos países Ocidentais o tratamento de lesões pré-malignas ou malignas precoces por técnicas de dissecação endoscópica da submucosa (DES) ainda é incomum, existindo poucas séries publicadas destes países. Os autores propõem-se avaliar a sua experiência pessoal na utilização desta técnica, após a sua implementação no seu centro hospitalar.

Material: Todas as lesões ressecadas por técnica de DES, realizadas num centro hospitalar, entre Dezembro de 2011 e Dezembro de 2012. Todos os procedimentos foram executados com apoio anestésico, com recurso a *Dual Knife (Olympus)* e *It-Knife 2 (Olympus)*.

Resultados: Durante o período referido, 7 lesões gastrointestinais pré-malignas/malignas precoces (gástricas, $n = 5$; rectais, $n = 2$), em 7 doentes distintos, foram ressecadas por DES. Das lesões gástricas, 4 localizavam-se no antro e 1 no corpo distal. A dimensão média das lesões foi de 29 mm, sendo as lesões retais significativamente maiores comparativamente às gástricas (50 mm e 21 mm, respetivamente). O tempo dos procedimentos variou entre 50 e 260 minutos. Obteve-se ressecção completa (R0) em todos os casos, com taxa de ressecção em bloco de 85% ($n = 6$). Não se registaram complicações clinicamente significativas, nomeadamente hemorragia "major" ou perfuração. Durante um período médio de vigilância de 7 meses [3-14 meses] não se registaram recidivas.

Conclusões: Com as limitações inerentes da análise de uma pequena série de casos, os resultados iniciais desta técnica no nosso centro hospitalar são promissores, com elevada taxa de sucesso clínico e baixa taxa de complicações, ainda que haja o reconhecimento de ser uma técnica laboriosa e consumidora de tempo.

2. TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DO DIVERTÍCULO DE ZENKER

M.J. Silva, L. Santos, J. Canena, R. Rio Tinto

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santo António dos Capuchos.

Introdução: O divertículo de Zenker é causa de disfagia em doentes idosos. O tratamento está indicado para os doentes sintomáticos e compreende a miotomia crico-faríngea, endoscópica ou cirúrgica, neste caso habitualmente com diverticulopexia. A terapêutica endoscópica é minimamente invasiva, tem resultados sobreponíveis e menor morbilidade que a cirurgia convencional. Tem-se assistido a um rápido desenvolvimento das variantes técnicas endoscópicas, algumas ainda pouco divulgadas.

Objetivo: Apresentar a experiência e resultados na mucomiotomia de Zenker com endoscópio flexível e diverticuloscópio (ZD overtube, Cook, Ireland), incisão com *needle knife* e colocação electiva de *clipe* no vértice da incisão.

Material e métodos: Análise da experiência em mucomiotomia de Zenker com a técnica referida.

Resultados: Do total de 9 doentes, 7 (78%) eram do sexo masculino, 8 (88,9%) com idade superior a 70 anos. A dimensão média do divertículo foi 40 mm [20 a 60 mm]. A incisão foi completa em uma sessão em todos os casos. Não se registaram complicações graves relacionadas com o procedimento, apenas dois casos de hemorragia autolimitada e um episódio de desconforto cervical com melhora espontânea ao segundo dia. Em 8 (88,9%) casos assistiu-se a melhora significativa da disfagia ao primeiro e sexto meses pós-procedimento. Num dos doentes houve apenas melhora parcial do quadro por persistência de disfagia central sequelar a acidente vascular cerebral. No seguimento (11-45 meses) até ao presente foi detectada recidiva de disfagia em 3/9 (33,3%) doentes (aos 3, 12 e 34 meses), em todos os casos menos intensa que a apresentada ao diagnóstico inicial, sem repercussão ponderal, e que se encontram em avaliação para novo procedimento endoscópico. Nos restantes 5 doentes a resolução sintomática foi completa e sustentada.

Conclusões: A mucomiotomia endoscópica com diverticuloscópio e *needle knife* foi segura e eficaz, constituindo uma opção em doentes de risco para cirurgia convencional.

3. ZINCO SÉRICO EM DOENTES DISFÁGICOS SUBMETIDOS A GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PARA NUTRIÇÃO ENTERICA PROLONGADA

C. Santos, J. Brito, T. Fernandes, J. Fonseca

Hospital Garcia de Orta, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Introdução: Doentes com disfagia prolongada, por doença neurológica (DN) ou neoplasia cervico-facial (NCF), necessitam de nutrição por gastrostomia endoscópica (PEG). Habitualmente, são referenciados com desnutrição calórico-proteica mas desconhecemos a situação de oligoelementos como o zinco, oligoelemento envolvido em funções biológicas *major*.

Objetivo: Avaliar concentração sérica de zinco nos doentes referenciados para PEG, comparar a concentração de zinco sérico nos dois grupos de disfagia (DN e NCF) e testar a associação entre o zinco sérico e as proteínas séricas marcadoras de desnutrição/inflamação.

Material e métodos: Selecionaram-se doentes referenciados para gastrostomia e agruparam-se pela patologia causadora da disfagia. O soro foi analisado pelo método Wavelength Dispersive X-ray Fluorescence Spectroscopy (WDXRF). Usou-se o Independent Samples t-test para testar a diferença entre grupos e o coeficiente de correlação de Spearman para procurar associação entre zinco e proteínas.

Resultados: 32 doentes disfágicos (22 homens, 10 mulheres, 43-88 anos), admitidos para PEG, com pelo menos um mês de disfagia e clinicamente estáveis, com ingestão oral < 50% das necessidades. A maioria, 30/32, apresentou baixas concentrações séricas de zinco. Não se encontraram diferenças entre os grupos ($p = 0,688$), nem associação entre o zinco, albumina ($p = 0,307$) e transferrina ($p = 0,340$).

Discussão e conclusões: A maioria apresentou carência de zinco sérico. Não há relação entre causa da disfagia e zinco sérico. Não há associação entre a concentração de zinco e as proteínas séricas. A concentração normal de albumina e transferrina não exclui baixa concentração de zinco. Sugere-se a inclusão do doseamento do zinco sérico de candidatos a PEG e suplementação dos gastrostomizados.

4. REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE BANDA GÁSTRICA - UMA TÉCNICA DE PESO

D. Branquinho, D. Gomes, L. Elvas, R. Cardoso, N. Almeida, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objetivo: A colocação de banda gástrica é um dos métodos mais usados no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. No entanto, tem sido descrita a sua migração intra-gástrica como possível complicação a longo prazo. Não há consenso quanto à melhor opção terapêutica nestes casos, mas a sua remoção endoscópica está cada vez mais bem documentada. Os autores apresentam a experiência dos últimos 5 anos de um Serviço de Gastreenterologia.

Material: Consulta de processos clínicos e respectiva iconografia.

Resultados: Realizaram-se oito procedimentos em doentes do sexo feminino, com diagnóstico de obesidade mórbida e idade média de 38,75 (entre 30 e 51 anos). O tempo médio entre colocação da banda e a detecção da sua migração foi de $69 \pm 31,91$ meses. A apresentação clínica foi de aumento de peso em 5 doentes e de epigastralgias nos outros 3. O diagnóstico foi comprovado por endoscopia digestiva alta. Durante o procedimento, recorreu-se a fio guia 0,035 inch e litotritor mecânico de Shoendra para seccionar a banda, cuja resistência acarretou grande dificuldade técnica, seguida de remoção com ansa de polipectomia. A extracção do port cutâneo foi executada pelo Cirurgião Assistente durante a intervenção. Em apenas um caso se verificou uma complicação durante o procedimento - pneumoperitонеu volumoso atribuído à passagem de ar do estômago para o peritонеu através do canal interno da banda, que foi posteriormente removida por cirurgia. A duração média do procedimento foi de 30 minutos.

Conclusões: Tendo em conta o elevado número de bandas gástricas colocadas nos últimos anos em contexto de cirurgia bariátrica, é de supor que a sua migração intra-gástrica venha a ser uma complicação relativamente frequente. A abordagem endoscópica, apesar de tecnicamente difícil, é uma alternativa eficaz e segura, que poderá evitar a morbilidade associada à sua remoção cirúrgica.

5. OVER-THE-SCOPE CLIP-SÉRIE INICIAL

T. Correia, P. Amaro, A. Oliveira, A.G. Duque, D. Gomes, F. Portela, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O Over-The-Scope clip (OTSC) é um dispositivo endoscópico promissor com aplicações no encerramento de perfurações/deiscências/fístulas, em hemostase endoscópica e em NOTES. Os autores apresentam a experiência inicial na utilização deste endoclip.

Casos clínicos: Caso 1: deiscência do coto jejunal de montagem em Y-de-Roux de gastrectomia total com esofagojejunoanastomose, com formação de dois abscessos intra-abdominais, um deles com comunicação transdiafragmática e fistulização para a árvore traqueo-brônquica esquerda. Após falência da drenagem externa e terapêutica conservadora, foi aplicado OTSC a montante do orifício fistuloso, com encerramento da ansa e completa resolução do quadro clínico. Caso 2: deiscência da anastomose colo-rectal (ressecção anterior do recto com ileostomia de protecção), com formação de abscesso na loca pós-cirúrgica. Após tentativa de drenagem externa e tratamento médico sem eficácia, foi colocado OTSC, com progressiva resolução do quadro clínico. Caso 3: fístu-

la e abscesso intra-abdominal consequente a *sleeve* gástrico. Submetido a antibioterapia, drenagem externa e re-laparotomia e colocação de prótese metálica totalmente recoberta, sem sucesso. Colocado OTSC com manutenção de pequeno trajecto fistuloso imediatamente após o exame. Verificou-se uma melhoria clínica, com resolução imagiológica da fístula cerca de um mês após a colocação do endoclip. Caso 4: fístula crónica esófago-brônquica após episódio de mediastinite por rotura espontânea do esófago. Após tentativas de resolução endoscópica com prótese metálica e endoclips "tradicionais", optou-se tentativa de colocação de OTSC. Após eficácia transitória, o clip destacou-se com manutenção do trajecto fistuloso. Foi submetida a intervenção cirúrgica, sem sucesso.

Conclusões: O OTSC mostrou ser um dispositivo com aplicabilidade na resolução de deiscências e fístulas. Pensamos que a referencição precoce poderá aumentar a eficácia, evitando a fibrose que dificulta a sua aplicação e a posterior cicatrização das deiscências/fístulas.

6. UTILIDADE DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA (PEG) PROFILÁTICA EM DOENTES COM TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO SUBMETIDOS A QUIMIORADIOTERAPIA DE INTENÇÃO CURATIVA

S. Faias, J. Moleiro, C. Fidalgo, M. Serrano, L. Sousa, P. Martinez, D. Pereira

Serviço de Gastreenterologia IPO Lisboa.

Introdução: Os doentes com tumores da cabeça e pescoço submetidos a quimioradioterapia definitiva de intenção curativa apresentam agravamento da disfagia pela toxicidade da terapêutica. A colocação de uma gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) profilática é recomendada para suporte nutricional por via entérica.

Objetivo: Avaliar a utilidade de PEGs profiláticas em doentes com tumores da cabeça e pescoço submetidos a quimioradioterapia.

Material e métodos: Análise prospectiva de doentes consecutivos com tumores da cabeça e pescoço referenciados para colocação de PEGs profiláticas, com follow-up superior a 3 meses, colocadas durante 6 meses (Jul/12-Dez/12). Características demográficas, localização tumoral, estadio, IMC, tempo de utilização de PEG (exclusiva e complementar) e avaliação nutricional 30 dias após colocação foram avaliadas.

Resultados: PEGs colocadas em 47 doentes (41H/6M), idade média = 58A (40-76). Localização tumoral: A-hipofaringe, seio piriforme, laringe (16); B-língua, pavimento bucal (15); C-amígdala, palato (11); D-seio maxilar, cavum, nasofaringe (5). IMC = 24 (15-33). Tumores localmente avançados: 36. Das 47 PEGs colocadas, apenas 2 não foram utilizadas. Após follow-up > 3 meses: 16-sem doença, 8-sob terapêutica, 8- falecidos (7 por doença e por infecção respiratória), 15-terminaram terapêutica, sem doença, mas mantêm PEG. Tempo de utilização média de PEG = 149 dias (4-255), com utilização exclusiva média = 71 dias (0-180). Avaliação nutricional (30 dias após colocação): 35-redução peso; 6-sem variação; 6-aumento peso. A PEG foi retirada em 13 doentes por deixar de ser necessária após uma utilização média = 163 dias (90-220), dos quais 72 dias (0-120) com alimentação exclusiva pela PEG. Nos 15 doentes que terminaram terapêutica e mantêm PEG a utilização média é de 172 dias (90-255).

Conclusões: O suporte nutricional por via entérica é necessário nos doentes com tumores da cabeça e pescoço durante a quimioradioterapia. A PEG profilática permite manter o aporte entérico, mas sem melhoria nutricional significativa. A sua utilização é prolongada, necessitando um terço dos doentes da PEG após o tratamento.

7. ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA: A IMPORTÂNCIA DETERMINANTE DOS ANTI-TROMBÓTICOS

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

Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal.

Introdução: A enteroscopia por cápsula (EC) tem um papel determinante na abordagem da hemorragia digestiva de causa obscura (HDCO). Fármacos antiagregantes e anticoagulantes podem resultar em aumento do risco de hemorragia digestiva, tanto em doentes com lesões prévias como através de novas lesões da mucosa.

Objetivo: Analisar e correlacionar a utilização de fármacos anti-trombóticos com identificação de lesões potencialmente hemorrágicas na EC.

Material: Incluídos 219 doentes submetidos consecutivamente a EC por HDCO durante 5 anos; critério de exclusão: EC incompletas. As lesões observadas na EC foram classificadas como P0 (sem potencial hemorrágico), P1 (potencial hemorrágico incerto) e P2 (elevado potencial hemorrágico). Foi objectivada a toma de fármacos anti-agregantes e anticoagulantes nos 30 dias anteriores à realização da EC. A análise estatística foi efectuada com recurso ao programa SPSS 17.0.

Resultados: Dos 219 doentes com HDCO, em 17,4% esta tinha uma manifestação visível. Cerca de 25% dos doentes tomava medicação anti-trombótica (21,5% antiplaquetária e 6,4% anticoagulante). As lesões mais frequentemente encontradas na EC foram angiectasias (18%), erosões (15%) e úlceras (5%). Nos doentes com HDCO oculta foi significativamente mais frequente o uso de antitrombóticos do que na HDCO visível ($p = 0,049$). Não se observou relação estatisticamente significativa entre a utilização de antitrombóticos e a presença de lesões P1 ou P2 do intestino delgado. No entanto, quando efectuada uma sub-análise dos fármacos utilizados, os anticoagulantes foram associados significativamente a uma maior incidência de lesões P1-P2 do intestino delgado ($p = 0,045$).

Conclusões: Os fármacos antitrombóticos, de utilização muito prevalente nos doentes com hemorragia digestiva de causa obscura, foram na nossa série associados significativamente a uma apresentação oculta da hemorragia. As lesões do intestino delgado de potencial hemorrágico incerto (P1) e de elevado potencial hemorrágico (P2) são encontradas mais frequentemente na enteroscopia por cápsula se o doente se encontrar medicado com anticoagulantes.

8. DISPLASIA DE ALTO GRAU EM ADENOMA COLORECTAL: QUAL O IMPACTO NA VIGILÂNCIA E EVOLUÇÃO DOS DOENTES?

A.M. Oliveira, L.C. Lourenço, C. Rodrigues, F. Cardoso, L. Ricardo, S. Alberto, D. Horta, A. Martins, J.R. Deus

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução e objetivo: A detecção de adenomas durante a colonoscopia e consequente remoção contribui para a redução da incidência de carcinoma colorectal (CCR). A abordagem da displasia de alto grau (DAG) não está suficientemente elucidada. Embora seja classicamente uma característica definidora de adenoma avançado, estudos recentes não a identificaram como fator preditivo independente de prognóstico. Este estudo pretendeu avaliar o seguimento de doentes com DAG na prática clínica diária.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional longitudinal numa coorte de doentes que realizaram colonoscopia total com remoção de DAG, em 2003. Excluídos doentes com doença inflamatória intestinal, poliposes hereditárias e antecedentes de CCR. Durante o *follow-up*, avaliaram-se os seguintes *endpoints* primários: recorrência de adenoma ou aparecimento de CCR (na vigilância ou como lesão de intervalo).

Resultados: Em 401 de 1111 das colonoscopias realizadas em 2003, detetaram-se 681 pólipos, diagnosticando-se, em 22 doentes (idade média 62 anos) 23 adenomas com DAG (3,4%), com as seguintes características: todos com margens histológicas livres; dimensão ≥ 1 cm, $n = 12$ (52%); componente viloso, $n = 11$ (48%); localização - recto, $n = 2$ (9%); cólon esquerdo, $n = 18$ (78%); cólon direito, $n = 3$ (13%). No *follow-up* médio de 4,4 anos, foram seguidos 17 doentes, identificando-se 28 adenomas em 41% dos doentes. Verificou-se recorrência de DAG em 2/28 adenomas (7%). Na primeira colonoscopia de vigilância (efetuada, em média, após 13 meses) detetaram-se apenas 4 adenomas, nenhum com DAG. Não foi detetado nenhum carcinoma invasivo na vigilância ou como lesão de intervalo.

Conclusões: A vigilância da DAG teve um impacto reduzido nesta coorte. Nenhum doente desenvolveu carcinoma invasivo no período considerado. Os *endpoints* primários apontam para a possibilidade de seguimento mais alargado na DAG. São necessários estudos controlados e com um maior número de casos a fim de poder otimizar a relação custo-benefício no *follow-up* destes doentes.

9. MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL NO TRATAMENTO DA ACALÁSIA: ESTUDO PILOTO.

F. Vilas-Boas, F. Baldaque-Silva, M. Marques, R. Ramalho, E. Duarte, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de São João, Porto.

Introdução: A miotomia endoscópica peroral (POEM) foi desenvolvida recentemente para tratamento da acalásia, sendo promissoras os resultados descritos em diversos centros.

Objetivo: Avaliar a eficácia e segurança da POEM no tratamento da acalásia.

Métodos: Doentes com o diagnóstico clínico, manométrico e imagiológico de acalásia, com score de Eckardt > 3 , foram convidados a participar neste estudo prospectivo. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética Hospitalar e todos os doentes deram o seu consentimento informado. Foram usados endoscópios de alta definição, insuflação com CO₂ e TT-knife. Após incisão da mucosa foi criado um túnel submucoso com extensão ao cardia. Posteriormente, foi realizada dissecação das fibras circulares da muscular própria e encerramento da incisão mucosa com clips. O sucesso do procedimento foi determinado pelo trânsito esofágico e pela redução do Score de Eckardt no *follow-up* (sucesso clínico se ≤ 3).

Resultados: Foram incluídos 3 doentes (2 do género masculino, idade média 52 anos). A duração média do procedimento foi de 165 min (135-210 min). A extensão do túnel submucoso foi em média de 16 cm, sendo a extensão da miotomia de 12 cm em média. O trânsito esofágico após o procedimento não revelou fuga do contraste ou atrasos no esvaziamento esofágico em nenhum dos doentes. Todos os doentes retomaram dieta oral ao 2º dia de internamento, sendo a duração média do internamento de 5 dias. Não ocorreram complicações graves. No *follow-up* o Score de Eckardt foi ≤ 3 em todos os doentes.

Conclusões: Neste estudo piloto, a POEM revelou-se uma técnica segura e eficaz. São necessárias séries maiores e com *follow-up* alargado para definição do papel desta técnica no tratamento da acalásia.

Características

Idade (média; limites)	52; 41-66
História de Acalásia (meses; mediana \pm desvio padrão)	48 \pm 52
Score de Eckardt (pré/pós POEM) (média)	5/2
Terapêutica prévia (sim/não)	1/2