



COMUNICAÇÕES ORAIS, INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS, CASOS CLÍNICOS E VÍDEOS

Semana Digestiva 2012

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

Pâncreas e Vias Biliares

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Garcia de Orta, EPE.

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

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

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

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

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

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

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

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

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

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

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

5. FATORES DE PROGNÓSTICO NA COLANGITE AGUDA

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

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

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

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

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

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

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

6. PANCREATITE AUTOIMUNE - UMA ENTIDADE RARA OU SUBDIAGNOSTICADA?

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

¹*Serviço de Gastreenterologia*; ²*Serviço de Anatomia Patológica*; ³*Serviço de Cirurgia A*; ⁴*Serviço de antiga Cirurgia II, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.

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

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

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

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

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

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

Instantâneos Endoscópicos

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

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

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

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

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

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

2. HEMOSUCCUS PANCREATICUS

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

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

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

dias de evolução, com referência a episódios semelhantes no passado recente. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, anictérico, evidenciando acentuada palidez da pele e mucosas. O abdómen estava livre. Analiticamente destacava-se apenas anemia grave (Hb 3,6 g/dL) normocítica. A EDA realizada após reposição ressuscitação inicial, revelou a presença de varizes gástricas tipo IGV1 e sangue vivo na área papilar, tendo a duodenoscopia imediata confirmado a existência de hemorragia activa pela vertente inferior da papila de Vater, com saída de bÍlis clara pela vertente superior da mesma - hemosuccus pancreaticus. A angio-TC, complementada por angio-RM e colangio-RM, revelou imagem nodular hipodensa com 8 mm na cabeça pancreática, com intenso realce em fase arterial e isodensa com os vasos em fase portal, sugestiva de pseudoaneurisma intrapancreático; estes exames mostraram, também, aspectos de pancreatite crónica calcificada e pseudoquisto mediastínico comunicante com o canal de Wirsung. O doente foi enviado a centro terciário, onde realizou, com sucesso, embolização angiográfica selectiva de pseudoaneurisma da artéria pancreatoduodenal inferior, não se tendo verificado recidiva hemorrágica ou qualquer complicação imediata ou remota. Os autores apresentam completa iconografia endoscópica e imagiológica ilustrativa desta rara causa de hemorragia digestiva alta.

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

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

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

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

4. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE SÍNDROME DE BOUVERET

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

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.

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

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

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Porto.

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

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

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

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

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Faro, EPE.

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

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

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

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

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

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

9. HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA POR HEMANGIOMA CAVERNOSO DO INTESTINO DELGADO

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

Centro Hospitalar Cova da Beira.

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

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

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

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

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

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

11. HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORECTAL

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

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

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

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

12. ASPERGILOSE ESOFÁGICA: UM ACHADO ENDOSCÓPICO RARO

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

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

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

13. TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE TUMORES DE ABRIKOSOFF

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

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente (CHLN).

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

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

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

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

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

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

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

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

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

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

15. ADENOCARCINOMA DUODENAL COM INVASÃO DO CÓLON ASCENDENTE

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

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

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

Sessão Plenária

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

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

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

Departamento de Farmacologia e Terapêutica, CIM-FMUP.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados: As próteses permaneceram na via biliar um tempo mediano de 16 dias (intervalo, 3-30). O sucesso clínico foi obtido em todos os doentes. Os doentes com fugas refractárias tiveram um tempo mediano de colocação de 16 dias (intervalo, 7-28). As próteses colocadas nos doentes com hemorragia pós-ETE e com perfurações pós-ETE foram removidas após um tempo mediano de 6 dias (intervalo, 3-15) e de 29.5 dias (intervalo, 21-30) respectivamente. Não se detectaram complicações relacionadas com o procedimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Instituto Português de Oncologia, Porto, EPE.

Introdução: A estratégia principal na prevenção de cancro colorectal (CCR) centra-se no rastreio precoce de tumores. Contudo, o CCR continua a ser uma das neoplasias com maior incidência na Europa Ocidental com um risco cumulativo de 4%. Este facto motiva a procura de biomarcadores que permitam uma optimização do rastreio pela identificação de grupos em maior risco para desenvolverem esta neoplasia. Níveis aumentados de prostaglandina E2 (PGE2) encontram-se associados a diversas etapas do desenvolvimento tumoral, desempenhando as proteínas 15-PGDH, MRP4 e PGT papéis centrais na sua regulação. Assim, temos como hipótese que polimorfismos nos genes HPGD (15-PGDH), ABCC4 (MRP4) e SLCO2A1 (PGT) poderão influenciar a carcinogénese e deste modo, modular não só o risco como o tempo para o diagnóstico de CCR.

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

Resultados: Indivíduos homocigóticos AA para o polimorfismo rs1751059 no gene ABCC4 apresentaram não só um risco aumentado (AAvsTT: OR = 2,59; IC95%: 1,23-5,38), como o diagnóstico de CCR foi antecipado em 4 anos (62 vs 66 anos para TT, p = 0,049). O genótipo AA do polimorfismo rs2127195 parece ter o papel antagónico ao conferir protecção (AAvsGG: OR = 0,47; IC95%: 0,22-0,98). Relativamente ao gene SLCO2A1, foi de notar que os indivíduos heterocigóticos para o SNP rs4331673 apresentaram um risco 2x superior para desenvolverem CCR que se acentuou em mulheres (CAvsCC: OR = 3,15; IC95%: 1,42-7,00).

Conclusões: Polimorfismos nos genes ABCC4/SLCO2A1 parecem modular não só a suscetibilidade como o tempo para o desenvolvimento de CCR, permitindo a identificação de indivíduos com risco aumentado que poderão beneficiar de estratégias de prevenção individualizadas.

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

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

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica; ³Clinica de Risco Familiar, IPOLFG, EPE.

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

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

Métodos: Nos doentes com pelo menos um ASS diagnosticado num período de 5 anos (Jan2006-Dez2010), foram revistos 247 pólipos: todos os pólipos ressecados. Dados recolhidos: variáveis dos doentes, nomeadamente risco familiar de cancro colorectal (RFCCR); dimensões, tipo histológico e localização dos pólipos. Estatística: SPSS 19 (Chi-Quadrado, Exact Test).

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

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

Tubo Digestivo I

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

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

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

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

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

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

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

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

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente (CHLN).

Centro de Gastreenterologia, Hospital Cuf Infante Santo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J. Santos-Antunes, S. Rodrigues, S. Lopes, F. Magro, G. Macedo
Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de S. João.

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

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

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

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

Resultados: Identificaram-se 67 doentes com DII vacinados para a Hepatite B, 51 (76%) com Doença de Crohn e os restantes com Colite Ulcerosa, sendo 37 doentes (55%) do sexo masculino. A média de idades foi de 34 anos (19-65). Cinquenta e seis (84%) destes doentes foram vacinados antes do início de terapêutica com infliximab. Nenhum doente vacinado após o início de terapêutica com infliximab (n = 11) desenvolveu níveis protectores de anticorpos, estando ou não expostos à azatioprina; por outro lado, 86% dos doentes vacinados antes da terapêutica biológica atingiram níveis protectores (p < 0,00001). A média dos níveis de anticorpos anti-HBs após vacinação em doentes sem e com terapêutica com infliximab foi respectivamente de 1,02 e 428 U/L (p < 0,0001). Dos 56 doentes vacinados antes da terapêutica biológica, doze (21%) estavam sob terapêutica imunomoduladora com azatioprina: apenas 66% destes desenvolveram anticorpos, em comparação com os 91% dos doentes sem terapêutica biológica ou imunomoduladora à data da vacinação (p = 0,033).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ciência Básica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Albuquerque¹, N. Gonçalves¹, B. Filipe¹, A. Florido¹, Z. Nunes^{1,2}, R. Fonseca², P. Silva¹, T. Pereira², P. Lage^{3,4,3}, I. Claro⁴, P. Rodrigues⁴, C. Nobre Leitão³, R. Smits⁵, R. Fodde⁶, P. Chaves², P. Fidalgo³, A. Dias Pereira³

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Suporte Financeiro: FAPESP.

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

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

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

³Serviço de Genética Médica; ⁵Unidade de Biofísica; ⁶CIMAGO,

FMUC. ⁴Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra.

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

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

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

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

Casos Clínicos I

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

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

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

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar do Porto. Newcastle General Hospital.

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

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

Estável até aos 13 anos, altura em que surge com dispneia, cianose central, telangiectasias na face, eritema palmar, hipocratismo digital, circulação venosa colateral abdominal, e esplenomegalia gigante. A SpO₂ em ar ambiente era de 87%. A ecografia abdominal com Doppler hepático, a endoscopia digestiva alta e a biópsia hepática confirmaram a presença de doença hepática crónica com sinais de hipertensão portal. Efectuou provas funcionais respiratórias, prova de difusão com CO, ecocardiograma com contraste, cintilograma pulmonar e TAC pulmonar de alta resolução que foram sugestivos de shunt vascular intrapulmonar, aparentemente sem evidência de doença infiltrativa. Efectuou oxigénio (máximo 7 L/min), prednisolona 30 mg/dia (com redução progressiva) e sirolimus 1 mg/dia. Observou-se uma regressão significativa de todas as manifestações do ALPS, excepto da sintomatologia pulmonar, pelo que foi proposto para transplante hepático, após avaliação em Centros de Referência em Inglaterra. Na perspectiva da realização do transplante hepático foi alterada a imunossupressão (substituído o sirolimus por MMF). Após esta alteração verificou-se uma regressão espectacular da sintomatologia pulmonar com redução progressiva das necessidades de oxigénio. O shunt evidenciado no cintilograma passou de 45% para 0% em alguns meses, e assim se mantém desde há 18 meses, tendo sido suspensa a indicação de transplante.

Discussão: A regressão inesperada e espectacular da SHP pode dever-se à inibição da produção de óxido nítrico (um dos mediadores mais importantes na sua etiopatogenia), efeito produzido pelo MMF.

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

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

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

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

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

4. PANCREATITE AGUDA GRAVE- ABORDAGEM ENDOSCÓPICA

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

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

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

5. ESPASMO ESOFÁGICO DIFUSO COM CONTRACÇÕES ESOFÁGICAS RETRÓGRADAS

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

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

²*Gastroenterology Department, Amsterdam Medical Center.*

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

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

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

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

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

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

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

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

7. ASCITE: UM CASO DE DESAFIO DIAGNÓSTICO

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

Hospital Santa Maria CHLN.

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

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

Tubo Digestivo II

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

1. ANTICORPOS ANTI-GLICANOS NA DOENÇA DE CROHN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHLC, Hospital Santo António dos Capuchos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Introdução: Com a introdução da quimioterapia peri-operatória (MAGIC trial) nos doentes com neoplasia gástrica localmente avançada ($\geq T3ouN+$), a Ecoendoscopia, pela sua elevada acuidade no estadiamento loco-regional, tornou-se um método fundamental na selecção dos doentes candidatos a quimioterapia peri-operatória.

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

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

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

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

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

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

Serviço Gastreenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. CONTROVÉRSIA DO USO DE ALBUMINA EM DOENTES CRÍTICOS

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

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

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

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

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

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

Fígado I

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

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

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

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

A patogênese do fígado gordo não-alcoólico (FGNA) permanece desconhecida. Verificou-se, recentemente, que a expressão de alguns microRNAs (miRNAs ou miRs) está alterada no FGNA. Para além disso, demonstrámos que o ácido ursodesoxicólico (UDCA) modula a expressão de miRNAs no fígado de rato. Neste trabalho avaliou-se a via pró-apoptótica miR-34a/Sirtuina-1 (SIRT1)/p53 no fígado de doentes com FGNA, bem como a sua modulação pelo UDCA no fígado de rato e em hepatócitos primários de rato. Biópsias hepáticas de 28 doentes com obesidade mórbida e FGNA foram classificadas como esteatose (n = 15) e esteato-hepatite não alcoólica (EHNA) menos severa (n = 5) e mais severa (n = 8). Fígados de rato foram extraídos de animais sujeitos a dieta suplementada com UDCA a 0,4%. Hepatócitos primários de rato foram incubados com UDCA e transfectados com precursores específicos do miR-34a. A expressão dos miRNAs foi analisada por RT-PCR em Tempo Real. A SIRT-1 e a p53 total e acetilada foram analisadas por immunoblotting. A viabilidade celular e a apoptose foram avaliadas por LDH, Hoechst e TUNEL. Os nossos resultados demonstraram que a expressão dos miR-122, -143 e -451 no tecido hepático humano diminuiu da esteatose para a EHNA (p < 0,05). O miR-34a e a apoptose aumentaram (p < 0,01), enquanto que a SIRT1 diminuiu e a p53 acetilada aumentou (p < 0,01) com a gravidade do FGNA. De salientar que o UDCA diminuiu a expressão do miR-34a, tanto no fígado de rato, como em hepatócitos isolados (p < 0,01). Por fim, a modulação do miR-34a pelo UDCA resultou em aumento da SIRT1 (p < 0,05) e diminuição da p53 (p < 0,05). No seu conjunto, estes resultados sugerem uma associação entre severidade do FGNA, apoptose e via miR-34a/SIRT1/p53. Uma melhor compreensão dos mecanismos responsáveis pela patogênese do FGNA poderá proporcionar alvos terapêuticos novos e mais eficazes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Santa Maria, CHLN.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENDOSCOPIA I

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

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

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

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. AVALIAÇÃO PROSPETIVA DE COMPLICAÇÕES PÓS-POLIPLECTOMIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar de S. Joao.

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

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

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

Resultados: Onze doentes com idade média de 68 anos foram incluídos. Seis dos quais (55%) não necessitaram de internamento hospitalar. Avaliação do paciente pré-PEG pulmonar foi efectuada em todos os doentes. Todos tinham utilizado NIV em casa durante $5,9 \pm 10$ meses, com média de uso diário 14h. Os doentes iniciaram o procedimento com tempo médio de IPAP-19,2 \pm 3 e EPAP-6, 7 \pm 1,5 mmH₂O. Em todos os casos procedem-se à colocação de PEG sem sedação ou sob sedação leve com midazolam e 91% colocaram PEG de 20 Fr. A sobrevida ao primeiro e sexto mês foi de 91% e 45%, respetivamente, sendo a taxa de mortalidade verificada apenas dependente do agravamento da SVI, como expectável.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Areia, M. Dinis-Ribeiro

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva.

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

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

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

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

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

VÍDEOS I

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

1. LOBECTOMIA PULMONAR TRANSESOFÁGICA COM APOIO TORACOSCÓPICO

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

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

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

2. TRATAMENTO DA ACALÁSIA POR MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

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

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

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

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

Instituto Português de Oncologia do Porto.

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

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

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

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

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

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

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

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

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

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

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

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

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

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

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

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

Casos Clínicos II

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

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

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

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

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

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

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

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

2. UM DIAGNÓSTICO RARO DE QUISTOS PANCREÁTICOS

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

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

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

4. OUTRO TIPO DE PÓLIPOS CÓLICOS

A. Ferreira, C. Rolanda, A.C. Caetano, B. Gonçalves, R. Gonçalves
Serviço Gastreenterologia do Hospital de Braga.

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

5. UMA ETIOLOGIA DIFERENTE DE ICTERÍCIA OBSTRUTIVA

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

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

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

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

6. PANCREATITE AUTOIMUNE: UM DESAFIO CLÍNICO

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

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

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

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

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

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

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

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

Vídeos II

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

1. AMPULECTOMIA E MUCOSECTOMIA DO DUODENO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. TRATEMOS DE DIVERTÍCULO DE ZENKER

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

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

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

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

5. TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE FISTULA ESÓFAGO-PLEURAL BENINGA

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

Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE.

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

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

6. A ENTEROSCOPIA TERAPÉUTICA NO SÍNDROME PEUTZ-JEGHERS

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

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

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

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

7. OCLUSÃO INTESTINAL POR DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA DO JEJUNO

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

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

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

8. FÍSTULA COLECISTO-DUODENAL IDENTIFICADA POR ECOENDOSCOPIA

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

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça.

²Serviço de Gastreenterologia, Hospital S. João.

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

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

Endoscopia II

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

1. DILATAÇÃO PNEUMÁTICA NA ACALÁSIA: EFICÁCIA A LONGO PRAZO

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

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

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

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

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

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

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

2. FACTORES PREDITIVOS DE EXAMES INCOMPLETOS NA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA

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

Centro Hospitalar do Alto Ave.

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

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

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

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

3. COLANGIOSCOPIA DIRECTA: REVISÃO DE 5 EXAMES

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

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

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

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

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

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

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

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

²*Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve.*

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

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

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

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

5. MUCOSECTOMIA DE GRANDES PÓLIPOS DO CÓLON: ESTUDO PROSPETIVO

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

Serviço de Gastreenterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. AVALIAÇÃO PROSPETIVA DAS COMPLICAÇÕES DA POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA NO CÓLON

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

Serviço de Gastrenterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

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

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

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

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

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

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

Fígado II

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Santa Maria.

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

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Serviço de Gastreenterologia, Hospital São João, Porto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

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

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

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

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

Tube Digestivo III

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

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

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

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

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

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

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

3. MANOMETRIA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUÇÃO COM SISTEMA DE PERFUSÃO: EXPERIÊNCIA PRELIMINAR

M. Mascarenhas Saraiva, G. Pereira, H. Lima

ManopH, Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva.

Objectivo: Apresentar a nossa experiência preliminar em estudos funcionais esofágicos utilizando a manometria de alta resolução com sistema de perfusão.

Métodos: Análise preliminar das indicações e resultados (análise baseada na classificação de Chicago) de 43 manometrias esofágicas estacionárias de alta resolução efectuadas com cateter de 22 canais perfundidos com água destilada por uma bomba de perfusão pneumohidráulica. Cateter posicionado de modo a ser possível observar o EES (esfíncter esofágico superior) e o EEI (esfíncter esofágico inferior). Software de análise da MMS (Medical Measurement System). Amostra: Fem: 29; Masc: 14. Idades: 17-82 anos (média: 50,5).

Conclusões: 1) Pela visualização do exame por plots topográficos da pressão esofágica desde a contracção faríngea até à região gástrica obtida uma representação dinâmica do padrão de pressão, sendo mais fácil posterior interpretação. 2) Permite a subdivisão da acalásia em 3 subtipos, utilizada na prática clínica para prever o resultado da doença. 3) Tempo de exame mais reduzido do que na manometria convencional devido à facilidade de colocação da sonda na posição adequada no início do estudo, não sendo mais necessário movimentar a sonda para determinar a localização e estudar o EEI (esfíncter esofágico inferior).

Resultados: Tabela.

Diagnóstico principal	Resultados
Disfagia: 21%	Normal: 22,22% Acalásia tipo I: 22,22% Acalásia tipo II: 11,11% Falha de peristalse frequente: 11,11% Ausência de peristalse: 11,11% EEI hipotensivo: 22,22%
Suspeita de dismotilidade: 16,3%	Normal: 28,6% Peristalse hipertensiva (esófago tipo Nutcracker): 14,3% Espasmo Esofágico Difuso Distal: 28,6% Ausência de peristalse: 28,6%
Disfagia orofaríngea: 4,6%	Normal: 50% Ausência de peristalse: 50%
DRGE: 48,9%	Normal: 42,8% Falha de peristalse frequente: 14,3% Ausência de peristalse: 4,8% EEI hipotensivo: 38,1%
Hérnia do hiato: 4,6%	EEI hipotensivo: 50% Ausência de peristalse: 50%
Tempo médio de duração do exame: 15 minutos.	

4. HISTÓRIA NATURAL DOS DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII) SUBMETIDOS A TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃO SÓLIDO (TOS)

P. Salgueiro, M.J. Magalhães, A. Rodrigues, R. Magalhães, M. Salgado, C. Caetano, P. Lago, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: Resultados contraditórios têm sido reportados sobre a história natural dos doentes com DII e TOS.

Objectivo: Avaliar as características dos doentes com DII submetidos a TOS e o impacto da TOS na história natural da DII e na terapêutica utilizada.

Métodos: Análise das características dos doentes com DII e TOS dividindo-os em 2 grupos: (A) Diagnóstico antes da TOS (DAT) e (B) Diagnóstico pós TOS (DPT). Características analisadas: tipo e atividade da DII; órgão transplantado e motivo do transplante; terapêuticas imunossupressoras utilizadas.

Resultados: Incluídos 11 doentes: (A) DAT (8 doentes): 6 com colite ulcerosa (CU) e 2 com doença de Crohn (DC); órgão transplantado: fígado 7 doentes (3 colangites esclerosantes primárias - CEP, 2 síndromes de sobreposição CEP/hepatite autoimune - CEP/HAI, 1 hepatite fulminante vírus B, 1 paramiloidose); rim 1 doente; 50% tiveram agravamento da DII após TOS: 2 desenvolveram corticodependência e 2 corticorresistência posteriormente colectomizados (1 doente por refractariedade aos biológicos, o outro por displasia de alto grau cólica). Dos doentes com agravamento da DII, 2 foram transplantados por CEP e 2 por CEP/HAI. Foi alterada a imunossupressão em 2 doentes (num motivado pela TOS noutra pela DII). Um doente falecido (perfuração cólica durante colonoscopia de vigilância). (B) DPT (3 doentes): 2 DC, 1 CU; todos transplantados renais; tempo médio entre a TOS e o diagnóstico de DII: 6 anos; num doente alterada a imunossupressão pela DII.

Conclusões: O seguimento destes doentes exige uma abordagem multidisciplinar pois, com frequência, foi necessária alteração da

imunossupressão, motivada pela DII ou pela TOS (27% dos doentes). O curso de DII foi mais severo após TOS por CEP e CEP/HAI.

5. NECESSIDADE DE INTENSIFICAÇÃO DA TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB NA DOENÇA DE CROHN E COLITE ULCEROSA

F. Vilas-Boas¹, F. Flor-de-Lima², E. Rodrigues-Pinto¹, J. Santos-Antunes¹, E. Trindade³, M. Tavares³, S. Lima², S. Lopes¹, A.C. Nunes¹, J. Amil Dias³, F. Magro¹, G. Macedo¹

¹*Serviço de Gastreenterologia;* ²*Serviço de Pediatria;* ³*Unidade de Gastreenterologia Pediátrica, Centro Hospitalar de São João, Porto.*

Introdução: O Infiximab (IFX) é eficaz no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII) mas foi constatada diminuição da eficácia ao longo do tempo.

Objectivo: Avaliar necessidade de maximização da terapêutica com IFX nos doentes com DII.

Métodos: Estudo transversal dos doentes com DII sob IFX. Avaliamos a intensificação da terapêutica com IFX que consistiu no aumento da dose e/ou encurtamento do intervalo entre infusões. Definimos não respondedor primário o doente sem melhoria sintomática, com persistência de PCR elevada, após completar esquema de indução.

Resultados: Foram analisados os processos clínicos de 235 doentes com DII sob IFX (60 com Colite Ulcerosa [CU], 175 com Doença de Crohn [DC]), 14 do grupo pediátrico. Observamos taxa de não respondedores primários de 9,2% na DC e 12% na CU. No global 33% de doentes com DC (mediana de follow-up [FU] sob IFX de 24 meses) e 40% de doentes com CU (mediana de FU de 13 meses) necessitaram de ajustes. O aumento da dose (CU: 21,7%; DC: 18,3%) ou o encurtamento do intervalo entre infusões (CU: 35%; DC: 31,3%) foi semelhante, mas nos doentes com CU a dose de IFX foi aumentada mais precocemente que nos doentes com DC (CU: mediana 12,5 semanas, intervalo interquartil 8-32; DC: 64 semanas, intervalo interquartil 28-116; $p = 0,04$); também o intervalo entre infusões foi encurtado (CU: mediana 21 semanas, intervalo interquartil 14-45; DC: 33 semanas, intervalo interquartil 17,5-84,5; $p = 0,037$) mais precocemente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre adultos e população pediátrica.

Conclusões: Um numero significativo de doentes com DII necessita de intensificação de terapêutica com Infiximab. Na colite ulcerosa esta necessidade ocorre mais precocemente. A população pediátrica tem o mesmo comportamento sugerindo um fenómeno transversal a diferentes grupos etários.

6. ALIMENTAÇÃO ORAL APÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS EM DOENTES COM OBSTRUÇÃO MALIGNA GASTRO-DUODENAL

A. Lagos, J. Canena, M. Liberato, I. Marques, S. Patrocínio, M. Tomé, M. Romão, A. Coutinho, B. Neves, H. Além, J. Gonçalves

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente-CHLN. Centro Gastreenterologia, Hospital Cuf Infante Santo. Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo. Unidade de Endoscopia, Hospital de Beja-ULSBA.

Introdução e objectivo: Doentes com obstrução maligna gastro-duodenal (OMG), tem sido paliados com próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) para o restabelecimento da alimentação oral. Estudos recentes apresentaram resultados conflituosos na capacidade das PMAE em restabelecer a alimentação oral a longo prazo. Este estudo avaliou as vantagens clínicas das PMAE no tratamento da OMG durante toda a vida dos doentes.

Métodos: Estudo retrospectivo, multicêntrico, de 74 doentes seguidos até a morte, após colocação de PMAE para o tratamento paliativo de OMG. Analisaram-se a melhoria imediata e a longo prazo na alimentação oral (através do score de GOOSS), sucesso técnico, patência das próteses, complicações e reintervenções, sobrevida e factores de prognóstico associados à patência das próteses.

Resultados: O sucesso técnico e clínico foi obtido em 100% e 97,2% dos doentes, respectivamente. Um total de 71/74 doentes (95,9%) mantiveram alimentação oral durante o resto da vida e 58/74 doentes (78,4%) não necessitaram de reintervenção até à morte. O aporte de alimentos sólidos (GOOSS 2-3) manteve-se até à morte em 47/74 doentes (63,5%). O score de GOOSS melhorou significativamente até à morte dos doentes ($p < 0,001$) quando comparado com o score inicial. A sobrevida média da população e a patência média das próteses foram 16,4 e 76,6 semanas respectivamente. A taxa de complicações foi de 18,9%. A reobstrução maligna das próteses foi observada em 7/74 doentes (9,5%). A análise multivariada (modelo de Cox) mostrou que a localização da estenose a nível duodenal foi o único factor independente associado à patência das próteses (HR = 5,28; 95% CI = 1,14-24,45; $p = 0,033$).

Conclusões: A colocação de PMAE na palição definitiva de doentes com OMG é segura e associada a um sucesso clínico elevado. Cerca de 95% dos doentes mantêm alimentação oral até à morte e a grande maioria não necessita de intervenção adicional. Estenoses duodenais estão mais frequentemente associadas a reobstrução maligna.

7. CONSUMO DE GORDURA ALIMENTAR E O RISCO DE PÓLIPOS ADENOMATOSOS DO CÓLON

T. Pinto-Pais, C. Fernandes, I. Ribeiro, R. Veloso, S. Fernandes, L. Proença, A. Rodrigues, M. Quintas, M. Alves, R. Almeida, P. Iglesias, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

Introdução: Os adenomas colorretais são lesões precursoras do cancro colorretal (CCR). A etiopatogenia do CCR complexa, envolvendo factores genéticos e ambientais, nos quais se incluem os hábitos alimentares. O papel da gordura alimentar ingerida não se encontra ainda estabelecido. O objetivo deste estudo é relacionar a ingestão de ácidos gordos com a presença de adenomas colorretais.

Métodos: Na nossa análise 1.680 homens e mulheres (idades entre 50-75 anos), foram rastreados para CCR, entre 2006 e 2011 - 351 apresentavam pólipos adenomatosos e 1.329 sem pólipos adenomatosos. Os participantes completaram um questionário com dados demográficos, clínicos e de estilo de vida. Os hábitos alimentares foram avaliados aplicando o questionário semi-quantitativo de frequência alimentar por nutricionistas treinados. Foram usados modelos de regressão logística para estimar a força da associação entre o risco de adenomas colorretais e quartis de consumo ácidos gordos (baseados na distribuição combinada de casos e controlos). O consumo de ácidos gordos foi ajustado para o consumo total de energia através da utilização do método residual de Willet. Observou-se uma redução significativa dose-dependente no risco de adenomas colorretais com o aumento do consumo de ácidos gordos poli-insaturados, no grupo feminino (maior para o menor quartil de consumo: odds ratio 0,53, IC 95%: 0,229-0,949; $p = 0,033$). Adicionalmente, no grupo feminino, duas tendências foram observadas: maior consumo de gorduras saturadas associado a um aumento do risco e um maior consumo de gordura mono-insaturada associada com uma diminuição do risco.

Conclusões: O consumo de lípidos alimentares é um fator modificável que pode influenciar a probabilidade de desenvolver CCR. Os efeitos observados dos diferentes ácidos-gordos sublinham

a importância do tipo de gordura alimentar na etiologia e prevenção do CCR. As diferenças específicas do sexo nos resultados levantam questões importantes quanto ao efeito hormonal de fontes endógenas ou exógenas do metabolismo da gordura.

8. FACTORES PREDITIVOS DE ATROFIA VILOSITÁRIA NA DOENÇA CELÍACA DO ADULTO

A. Albuquerque, H. Cardoso, R. Ramalho, B. Orfão, R. Azevedo, E. Rios, G. Macedo

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

Objectivo: Avaliar factores clínicos e analíticos à data de diagnóstico, preditivos de atrofia vilositária duodenal na doença celíaca (DC) do adulto.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo 59 doentes com DC diagnosticada na idade adulta seguidos na nossa consulta. As características dos doentes e as alterações analíticas foram

correlacionados com a histologia duodenal, segundo a classificação de Marsh modificada.

Resultados: A maioria dos doentes eram do género feminino (88%). À data do diagnóstico, 42% tinham anemia, 31% diarreia e 14% alterações das provas hepáticas. A idade média ao diagnóstico foi de 34 anos. Em 15% dos casos, os doentes tinham um índice de massa corporal (IMC) baixo ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$). Em 14% não foram descritas alterações endoscópicas da mucosa duodenal, e na histologia, 18% tinham grau 1 na classificação histológica de Marsh modificada e 80% grau 3 (22% grau 3a, 33% grau 3b e 25% grau 3c). Os casos com valores de anti-transglutaminase tecidual IgA (anti-tTG) mais baixos estiveram associados a um grau 1 na classificação de Marsh modificada e os com valores mais elevados a um grau 3 ($p = 0,015$). A idade, IMC baixo, a ocorrência de diarreia ou anemia e níveis de ferritina reduzidos ao diagnóstico não foram preditivos de atrofia vilositária duodenal (sem diferença estatisticamente significativa).

Conclusões: Os níveis quantitativos de anti-tTG estão relacionados com as alterações histológicas duodenais neste grupo de doentes celíacos adultos. Esta variável teve maior relevância estatística que outros parâmetros analíticos ou clínicos.