



Jornal Português de
Gastroenterologia

Portuguese Journal of Gastroenterology

www.elsevier.pt/ge



POSTERS

Semana Digestiva 2012

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

28, 29 e 30 junho 2012, Sala do Arquivo

Tubo Digestivo

1. ERRADICAÇÃO CUMULATIVA DO HELICOBACTER PYLORI EM DOENTES OBESOS PRÉ CIRURGIA DE BY-PASS GÁSTRICO

R. Cerqueira¹, M. Correia¹, C. Fernandes¹, H. Vilar¹, R.B. Pinheiro¹, M.C. Manso²

¹S. Sebastião Hospital, Santa Maria Feira, Portugal, ²Biostatistics, University Fernando Pessoa, Porto, & REQUIMTE-UP, Portugal.

Introdução e objectivo: Baseados nas recomendações de sociedades internacionais pesquisamos e erradicamos o *Helicobacter pylori* (HP) em doentes obesos pré by-pass gástrico. O objectivo foi a avaliação das taxas de erradicação cumulativa do HP em 2 períodos de tempo consecutivos (2006-2008 e 2009-2010).

Métodos: Como 1ª linha, foi usada terapêutica tripla 14 dias baseada no consenso de Maastricht III - inibidor da bomba de prótons (IBP) 2x dia, claritromicina 500 mg 2 x dia e amoxicilina (AMX) 1.000 mg 2 x dia - e como 2ª linha, terapêutica empírica - IBP 2 x dia, AMX 1.000 mg 2 x dia e levofloxacina 500 mg 1 x dia. O diagnóstico da infecção foi efectuado por biópsia endoscópica ou teste respiratório com C13ureia (TR) e a monitorização do tratamento foi avaliada por TR 6-8 semanas após terapêutica.

Resultados: Em 2006-2008, 253 doentes consecutivos foram tratados com terapêutica de 1ª linha O HP foi erradicado em 200 doentes e dos 53 não erradicados houve 14 desistências (ITT = 79,1%; PP = 83,7%). Dos restantes 39 doentes submetidos a terapêutica de 2ª linha o HP foi erradicado em 22 (ITT = 56,4%; PP = 71,0%). Em 2009-2010, 437 doentes consecutivos foram tratados com terapêutica de 1ª linha. O HP foi erradicado em 256 doentes e dos 181 não erradicados houve 30 desistências (ITT = 58,6%; PP = 62,9%). Dos restantes 151 doentes submetidos a terapêutica de 2ª linha o HP foi erradicado em 80 (ITT = 53%; PP = 55,1%). As taxas de erradicação cumulativas do HP foram, em 2006-2008, 87,7% ITT e 96,1% PP e em 2009-2010, 76,9% ITT e 83,8% PP.

Conclusões: Nos doentes obesos pré BG verificou-se diminuição das taxas de erradicação cumulativa no período 2009-2010 à custa

da diminuição da efectividade da terapêutica de 1ª linha recomendada pelo consenso de Maastricht. Actualmente a terapêutica de 1ª linha não é efectiva o que sugere a implementação de tratamentos alternativos.

2. GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA, UM MÉTODO SEGURO E EFICAZ-EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

A. Lagos, I. Marques, L. Meireles, J. Canena, A. Coutinho, C. Romão, B. Neves

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Pulido Valente (CHLN).

Introdução e objectivo: A Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) é actualmente o método de eleição para a alimentação entérica de média/longa duração. Este estudo avaliou a eficácia clínica da colocação de PEG num serviço de Gastroenterologia.

Métodos: Estudo retrospectivo, num único centro, de 181 doentes submetidos à colocação de PEG entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2011. Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, indicações, método de colocação, complicações, mortalidade e sobrevida.

Resultados: Num período de 8 anos, 181 doentes (média: 73.4 anos; intervalo: 17-99), 104 homens (57,5%) e 77 mulheres (42,5%) foram submetidos à colocação de PEG. As indicações para a colocação foram: doenças neurológicas em 129/181 doentes (71,3%), neoplasias estenosantes do foro otorrinolaringológico em 43/181 doentes (23,7%), a demência em 7/181 doentes (3,9%) e outros motivos em 2/181 doentes (1,1%). Em 174/181 doentes (96%) as PEGs foram colocadas pelo método pull. Ocorreram complicações em 26/183 doentes (14,4%): 3/183 doentes (1,7%) tiveram complicações major incluindo 2 casos de infecção da parede abdominal (1,1%) e 1 caso de hemorragia (0,6%); 23/181 doentes (12,7%) apresentaram complicações minor, incluindo a remoção acidental da PEG em 18/181 doentes (9,9%) e a infecção do estoma em 5/181 doentes (2,8%). Em 12 doentes (6,6%) a PEG foi retirada, devido à recuperação da capacidade de alimentação oral. Não se registou mortalidade associada ao procedimento. A sobrevida aos 30 dias foi de 95,6% (173/181 doentes). A sobrevida média após colocação da PEG foi de 12 meses.

Conclusões: A colocação de PEG é um método seguro e associado a uma baixa taxa de complicações. A sua colocação é possível na quase totalidade dos doentes (métodos pull e push). A sobrevida média pós colocação de uma PEG é relativamente curta.

3. TERAPÊUTICA COM BALÃO INTRAGÁSTRICO MELHORA O PERFIL LIPÍDICO E A RESISTÊNCIA À INSULINA

R. Cerqueira¹, M. Correia¹, M. Afonso¹, C. Fernandes¹, M.C. Manso²

¹Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, Santa Maria Feira,

²Bioestatística, Universidade Fernando Pessoa, Porto, & REQUIMTE-UP, Portugal.

Introdução e objectivo: A terapêutica bariátrica com balão intragástrico Bioenterics (BIB) tem impacto na perda de peso mas o seu efeito nos parâmetros metabólicos está pouco esclarecido. O objectivo foi a avaliação da alteração do peso e dos parâmetros metabólicos com a terapêutica com BIB.

Métodos: Estudo prospectivo com 120 pacientes (73,3% mulheres) com idade média de 39,9 (\pm 11,6) anos submetidos a terapêutica bariátrica com BIB. O BIB foi removido às 38,4 (\pm 14,4) semanas. Foram determinados os parâmetros antropométricos e metabólicos pré e pós BIB. A resistência à insulina foi calculada pelo método de «homeostasis model assessment» (HOMA-IR).

Resultados: O índice de massa corporal (IMC) inicial era de 36,8 (\pm 6,3) kg/m², o excesso de peso era de 31,5 (\pm 15) kg, 14,5% tinham Diabetes Mellitus não insulino dependente (DMNID) e 53% tinham resistência à insulina (HOMA-IR > 2). Após exérese do BIB, o IMC diminuiu para 31,8 (\pm 6,6) e a % de perda de excesso de peso foi de 46,8 (\pm 35,7)%. Em relação a parâmetros bioquímicos e metabólicos também se verificaram diferenças significativas, nomeadamente na TGP e GGT, e no colesterol total, triglicerídeos e HOMA-IR ($p < 0,002$). Não houve melhoria significativa no HDL e na ferritina. Verificou-se perda de peso em 90,8% dos pacientes, com perdas de peso iguais ou superiores a 50% do excesso de peso em 44,2%.

Conclusões: A terapêutica com BIB mostrou ter impacto não só na perda de peso como também na redução de parâmetros bioquímicos que integram a definição de síndrome metabólico, associando-se, portanto, a redução de risco cardiovascular.

4. CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS E HISTOLÓGICAS DOS PÓLIPOS MALIGNOS COLORECTAIS: FACTORES DE PROGNÓSTICO

A. Albuquerque, J. Antunes, R. Ramalho, F. Baldaque, B. Orfão, E. Rios, J. Lopes, P.C. Silva, G. Macedo

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

Introdução: Tem havido um crescente diagnóstico e excisão de pólipos malignos colórectais, sobretudo dado o incremento dos programas de rastreio. O conhecimento da indicação cirúrgica ou de vigilância após polipectomia é fundamental.

Objectivo: Avaliar as características morfológicas e histológicas dos pólipos malignos (com invasão da submucosa) colórectais, associadas a uma maior probabilidade de doença residual após polipectomia ou carcinoma recorrente.

Métodos: Analisamos 3.673 polipectomias realizadas no nosso Serviço em 5 anos consecutivos, correspondendo a 90 pólipos malignos (2,5%). Avaliamos as características morfológicas destes pólipos - tamanho, tipo, número, localização; as características da polipectomia e as características histológicas - diferenciação, margem de ressecção e invasão vascular/linfática e sua relação com a presença de doença neoplásica residual ou recorrente.

Resultados: A maioria dos doentes era do sexo masculino (67%), com uma média de idade de 67 anos. O tamanho médio foi de 24 mm, e 5% dos pólipos malignos tinham dimensões inferiores a 10 mm. Em 88% dos casos, os pólipos malignos estavam localizados distalmente ao ângulo esplénico (64% no sigmóide e 18% recto), 52% eram sesséis e 36% foram removidos em piecemeal. Quanto às características histológicas, 33% eram bem diferenciados, 20%

tinham invasão vascular ou linfática e 31% tinham margem envolvida ou distancia à margem inferior a 1 mm. Foram submetidos a cirurgia 77% dos doentes e, destes, 25% tinham adenocarcinoma na peça cirúrgica. A doença neoplásica residual esteve relacionada com o tamanho do pólipo, ($p = 0,002$), o tipo sessil ($p = 0,02$) e a remoção em piecemeal ($p = 0,002$). Em 94% dos casos com adenocarcinoma na peça tinham feito previamente polipectomia de lesões com dimensões superiores a 25 mm. Não houve nenhum caso de recorrência neoplásica.

Conclusões: Doentes com pólipos malignos com dimensões superiores a 25 mm, sesséis ou removidos em piecemeal estão associados a doença neoplásica residual após polipectomia.

5. ANEMIA E FERROPENIA NA DOENÇA DE CROHN DO INTESTINO DELGADO: QUAL A INFLUÊNCIA DA TOPOGRAFIA DAS LESÕES?

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

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

Introdução: Na Doença de Crohn (DC), a etiologia da anemia é considerada multifactorial, sendo o compromisso da absorção de ferro nos segmentos proximais do intestino delgado (ID) um dos mecanismos envolvidos.

Objectivo: Avaliar a possível associação entre a distribuição proximal das lesões no ID e grau de actividade inflamatória com a presença de anemia ou ferropenia na DC.

Métodos: Estudo retrospectivo com inclusão de doentes com DC isolada do ID, submetidos a enteroscopia por cápsula (EC). A distribuição das lesões no ID baseou-se na divisão do tempo de trânsito da cápsula em tercís. O nível de actividade inflamatória foi classificado pelo Score de Lewis (SL). Definiu-se anemia para valores de hemoglobina < 13 g/dL (homem) ou < 12 g/dL (mulher) e ferropenia se ferritina < 100 ng/mL e/ou taxa de saturação da transferrina < 16%.

Resultados: Inclusão de 38 doentes (68,4% mulheres, idade 34 \pm 12,1 anos). Identificou-se actividade inflamatória ligeira na EC (135 \leq SL \leq 790) em 60,5% dos doentes, e moderada-a-severa (SL > 790) em 39,5%. Globalmente, 55,3% dos doentes apresentava ferropenia e 26,3% apresentava anemia (15,0% dos doentes com actividade endoscópica ligeira vs 46,7% dos doentes com inflamação moderada-a-severa [$p = 0,028$]). O primeiro tercil do ID apresentava actividade inflamatória em 42,1% do total de doentes e em 20% dos doentes com anemia. Nos doentes com atingimento proximal (primeiro tercil) do ID, a prevalência de anemia e ferropenia foi de 12,5% e 50%, respectivamente, enquanto nos doentes sem lesões nesta localização as respectivas prevalências foram de 36,4% ($p = 0,099$) e 59,1% ($p = 0,410$).

Conclusões: A prevalência de anemia foi significativamente superior nos doentes com actividade endoscópica moderada-a-severa na EC. A distribuição proximal das lesões no ID não se associou a maior prevalência de anemia ou ferropenia. Isto leva-nos a presumir que o principal factor etiológico da anemia/ferropenia na doença de Crohn será o grau de actividade inflamatória.

6. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA DE CROHN COMPLICADA POR ABCESSOS ABDOMINOPÉLVICOS

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave.

Introdução e objectivo: Os abcessos abdominopélvicos (AAP) ocorrem em 10 a 30% dos doentes com doença de Crohn (DC), em algum momento da evolução da doença. O objectivo deste trabalho foi caracterizar os doentes com DC complicada por AAP.

Métodos: estudo retrospectivo que incluiu 21 doentes consecutivos, internados entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2011 por DC complicada por AAP. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS v17.0.

Resultados: 52% dos doentes eram do sexo masculino, com uma idade média de $29 \pm 8,4$ anos. O tempo médio de internamento foi 30 ± 15 dias. 24% dos doentes foram tratados medicamente (antibióterápia), em 14% foi realizada drenagem percutânea ou cirúrgica e em 62% o tratamento foi ressecção cirúrgica. O tamanho ou a localização do abscesso não permitiram prever a necessidade de ressecção cirúrgica. Em contrapartida todos os doentes que apresentaram fístula ou antecedentes de cirurgia abdominal por DC, foram submetidos a ressecção ou drenagem cirúrgica. Dos doentes tratados cirurgicamente, 1 iniciou terapêutica biológica, após o internamento, em comparação com 5 dos doentes tratados conservadoramente (antibióterápia com ou sem drenagem), sendo esta diferença estatisticamente significativa. O tempo médio de *follow-up* pós-internamento foi de 32 meses, com recorrência do AAP em 2 doentes, tendo um sido tratado conservadoramente e outro cirurgicamente.

Conclusões: nos doentes com DC e AAP a necessidade de intervenção cirúrgica está relacionada com a presença de fístulas e história prévia de cirurgia abdominal por DC. O tratamento médico não mostrou aumentar a taxa de recorrência. Os doentes tratados conservadoramente foram posteriormente, mais vezes medicados com terapêutica biológica em comparação com os tratados cirurgicamente, sendo esta diferença estatisticamente significativa. A terapêutica biológica revelou-se segura na DC penetrante pós AAP, com baixa taxa de recorrência.

7. PREVALÊNCIA DE HISTOLOGIA AVANÇADA EM PÓLIPOS COM MENOS DE 10 MM

D. Fernandes, P. Duarte, C. Vicente, R. Ramos, C. Casteleiro Alves
Centro Hospitalar Cova da Beira.

Introdução: O cancro colo-rectal, em 95% dos casos, deriva de adenomas. No entanto, a probabilidade de histologia avançada em pólipos com < 10 mm, bem como o impacto da exérese destes na prevenção do cancro colo-rectal, são incertas.

Objectivo: Determinar a prevalência de histologia avançada em pólipos pequenos (6-9 mm) e micropólipos (≤ 5 mm) do cólon e identificar possíveis factores de risco para histologia avançada.

Métodos: Estudo retrospectivo de 1.109 pólipos com < 10 mm excisados endoscopicamente (ansa diatérmica ou pinça de biópsia) e recuperados para análise histológica, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2011. Foram estudadas as variáveis: idade e género do doente, o número de pólipos identificados em cada doente e o tamanho, localização e histologia dos pólipos < 10 mm. A análise estatística foi efectuada com SPSS 17.0.

Resultados: Em 631 doentes, com média etária de 62 ± 12 anos e predomínio do género masculino (66%), foram excisados e recuperados para estudo histológico 1.109 pólipos com < 10 mm (408 pólipos pequenos e 701 micropólipos). Localização: 65% no cólon esquerdo, 23% no direito e 12% no transversal. Resultado histológico: 1.063 (95,9%) com histologia benigna (63,7% hiperplásicos, 28,3% adenomas tubulares, 3,2% pólipos mistos e 0,7% pseudopólipos inflamatórios), 45 (4,0%) com histologia avançada (3,1% adenomas tubulo-vilosos, 0,7% adenomas vilosos, 0,2% adenomas com displasia de alto grau) e 1 tumor carcinóide (0,1%). Quando avaliada a correlação dos factores idade, género, número de pólipos, tamanho e localização do pólipos com a histologia avançada, apenas o tamanho revelou uma associação estatisticamente significativa, sendo que 80% dos pólipos com histologia avançada correspondiam a pólipos com 6-9 mm.

Conclusões: A nossa série revelou uma prevalência de histologia avançada de 8,8% nos pólipos pequenos e 1,3% nos micropólipos. Este resultado argumenta a favor da polipectomia de pólipos pequenos, nos quais a percentagem de histologia avançada, apesar de reduzida, não é desprezível.

8. RISCO DE RECIDIVA APÓS ABCESSO ESPONTÂNEO INTRA-ABDOMINAL EM DOENTES COM DOENÇA DE CROHN

F. Vilas-Boas¹, J. Santos-Antunes¹, E. Rodrigues-Pinto¹, M. Marques¹, F. Ferreira¹, S. Rodrigues¹, A. Albuquerque¹, S. Lopes¹, L. Malheiro², C. Maia², P. Morgado³, F. Magro¹, G. Macedo¹

¹*Serviço de Gastrenterologia;* ²*Serviço de Cirurgia Geral;* ³*Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina do Porto.*

Introdução: Até 30% dos doentes com Doença de Crohn (DC) podem desenvolver abscessos intra-abdominais.

Objectivo: Definição dos factores associados a risco de recidiva/recorrência de abscesso intra-abdominal espontâneo em doentes com DC.

Métodos: Estudo transversal de doentes com DC admitidos por abscesso intra-abdominal espontâneo de Maio de 2006 a Setembro de 2011. Excluímos os abscessos da parede abdominal e os pós-cirúrgicos. Definiu-se recidiva e recorrência como o desenvolvimento de abscesso abdominal respectivamente, durante e após o primeiro ano de intervenção terapêutica.

Resultados: Identificamos 46 episódios de abscesso espontâneo em 44 doentes (29 do sexo masculino); idade média à apresentação de 33 anos (18-57). Em 73% dos casos, os abscessos localizavam-se na fossa ilíaca direita com tamanho médio de 47 mm (12-100). A taxa de recidiva calculada foi de 19,6% e de recorrência de 8%. Dez doentes foram tratados apenas com antibióterápia (tamanho médio 37,6 mm). Apresentavam abscessos mais pequenos que aqueles que exigiram tratamento invasivo (37,6 mm vs 49 mm; $p = 0,05$). Os doentes submetidos a drenagem percutânea como primeira intervenção tinham doença de maior duração (12,06 anos) que os submetidos a drenagem cirúrgica (5,97 anos) ($p = 0,06$). Em 16 episódios (35% do total) foi feita drenagem percutânea como primeira intervenção. Houve necessidade de procedimento cirúrgico de resgate em 38% destes, sendo que todos tinham documentados trajectos fistulosos associados. Foi observada uma tendência para maior recidiva em doentes sob terapêutica imunomoduladora e/ou biológica (odds ratio [OR], 8,44; 95% de intervalo de confiança [CI], 0,95-74,44). Os valores de PCR e de leucócitos à apresentação não foram preditivos de falência terapêutica ou recorrência de abscesso.

Conclusões: A presença de trajectos fistulosos limita o sucesso da drenagem percutânea e o uso de terapêutica imunomoduladora/biológica à data do abscesso índice está associada a maior risco de recidiva.

9. COMPLICAÇÕES SÉPTICAS PÓS-OPERATÓRIAS EM DOENTES COM D. CROHN: FACTORES PREDITIVOS E INFLUÊNCIA DA TERAPÊUTICA IMUNOMODULADORA

F. Vilas-Boas¹, J. Santos-Antunes¹, E. Rodrigues-Pinto¹, S. Lopes¹, L. Malheiro², C. Maia², F. Magro¹, G. Macedo¹

¹*Serviço de Gastrenterologia;* ²*Serviço de Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina do Porto.*

Introdução: Apesar dos avanços na terapêutica médica da D. Crohn (DC), uma percentagem significativa de doentes será submetida a cirurgia abdominal.

Objectivo: Determinar a influência entre terapêutica médica da DC no pré-operatório e complicações sépticas no pós-operatório (CSPO).

Métodos: Estudo transversal de doentes com DC submetidos a cirurgia abdominal de Janeiro 2007 a Outubro 2011. Definiram-se CSPO como: infecção de ferida operatória, deiscência, abscesso, fístula entero-cutânea e infecção extra-abdominal no pós-operatório imediato. Excluímos os procedimentos por doença perianal. Apenas consideramos terapêutica imunomoduladora/biológica a efectuada nas 12 semanas anteriores à cirurgia.

Resultados: Analisamos 125 doentes com DC (73 homens (58%)) submetidos a cirurgia abdominal (73 procedimentos electivos (58%), 84 laparotomias (67%)). Idade média de 37 anos (15-70). Fez-se antibioterapia profilática em 98 doentes (78%) e em 109 (87%) no pós-operatório. Foram operados 47 doentes (38%) por estenose e 61 (49%) por doença penetrante. Em 84% dos doentes (n = 105) não se verificaram CSPO. Em vinte doentes (16%) descreveram-se CSPO: 5 infecções de ferida operatória, 4 deiscências, 4 abscessos, 1 fístula entero-cutânea e 1 infecção extra-abdominal. Observou-se deiscência e infecção extra-abdominal simultâneas em 3 doentes e em 2 deiscência e infecção de ferida. Os doentes submetidos a laparoscopia tiveram menos CSPO (odds ratio [OR] 5,3; 1,17-24,1). Nos doentes com fenótipo penetrante verificamos mais CSPO que naqueles com doença inflamatória ou estenosante (OR 4,95; 95% de intervalo de confiança [CI], 1,37-17,94). As tiopurinas no pré-operatório foram protectoras para CSPO (OR 0,17; 95% CI 0,04-0,63). Não encontramos maior taxa de CSPO nos doentes previamente sob corticóides ou terapêutica biológica. A albuminemia no pré-operatório nos doentes com CSPO foi inferior à dos que não desenvolveram infecção (p = 0,001).

Conclusões: A doença penetrante e a hipoalbuminemia condicionam maior taxa de CSPO. A terapêutica imunomoduladora reduz o risco de CSPO em doentes com DC.

10. VALOR DA PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) NA PREDIÇÃO DE RESPOSTA À TERAPÊUTICA BIOLÓGICA COM INFLIXIMAB EM DOENTES COM DOENÇA DE CROHN E COLITE ULCEROSA

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

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

Introdução: O Infiximab (IFX) é eficaz no tratamento da Doença de Crohn (DC) e na Colite Ulcerosa (CU) e a proteína C reactiva (PCR) é um biomarcador útil na avaliação da actividade inflamatória.

Objectivo: Avaliar a evolução e a capacidade de predição dos valores de PCR à resposta terapêutica com IFX.

Métodos: Estudo transversal de doentes com DII sob terapêutica com IFX. Avaliou-se a PCR sérica de 148 doentes com DC e 49 doentes com CU (2.335 medições de PCR). Definiu-se não resposta primária (NRP) como ausência de melhoria sintomática e PCR persistentemente elevada; resposta sustentada (RS) como melhoria sintomática durante pelo menos 1 ano, sem ajuste terapêutico; resposta com ajuste terapêutico (RAT) se resposta clínica e analítica mas com necessidade de alteração da dose e/ou frequência de IFX ou associação de outro fármaco.

Resultados: Na DC, PCRs séricas pré-tratamento mais elevadas associaram-se mais frequentemente a NRP em comparação com RS (26,2 mg/L vs 9,6 mg/L; p = 0,015) e RAT (26,2 mg/L vs 7,65 mg/L; p = 0,007). PCRs séricas mais baixas à 14ª semana predizem maior probabilidade de RS em relação a RAT (3,1 mg/L vs 7,6 mg/L; p =

0,019), bem como NRP (3,1 mg/L vs 9,1 mg/L; p = 0,013). PCRs séricas superiores a 25 mg/L à 14ª semana predizem NRP com 50% de sensibilidade e 80% de especificidade (AUC: 0,658). Uma variação de PCR mais elevada entre a 14ª semana e o início do tratamento prediz maior probabilidade de RS em relação a RAT (delta: 5,25 mg/L vs 0,6 mg/L; p = 0,027). Na CU, PCRs séricas mais elevadas à 14ª semana predizem mais frequentemente NRP em comparação com RS (5,4 mg/L vs 2,1 mg/L; p = 0,013).

Conclusões: A PCR correlaciona-se com o padrão de resposta ao IFX na DC. PCRs mais baixas no início, à 14ª semana e 1 ano de tratamento correlacionam-se com resposta sustentada e com menor probabilidade de ajuste terapêutico.

11. A IMPORTÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE ZARGAR NO PROGNÓSTICO DA INGESTÃO DE CÁUSTICOS: EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS

I. Ribeiro, T. Pais, C. Fernandes, S. Fernandes, R. Pinho, S. Leite, A.P. Silva, T. Freitas, L. Proença, A. Rodrigues, L. Alberto, I. Amaral, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

Introdução: A ingestão de substâncias cáusticas é um problema relativamente comum, que pode provocar lesões graves no trato gastrointestinal superior. A maioria das ingestões não requer cuidados especiais, sendo que o internamento ocorre raramente.

Objectivo: Avaliaram-se características demográficas, substâncias ingeridas, gravidade das lesões, complicações e valor prognóstico dos achados endoscópicos. Testes estatísticos: Mann-Whitney; α 2.

Métodos: Entre 2005 e 2012 seleccionaram-se 22 doentes consecutivos com necessidade de internamento por ingestão de cáusticos. A gravidade das lesões e/ou as comorbidades foram motivo de internamento. Todos foram submetidos a EDA precoce (< 24h) e as lesões esofágicas, gástricas e duodenais foram graduadas segundo a classificação de Zargar em ligeiras-1 e 2a- e graves-2b, 3a e 3b.

Resultados: Sexo feminino 54,4%. A idade mediana 47 anos (mínima-23; máxima-85 anos). A ingestão voluntária em 54,5%. Ingestão alcalina em 77,3% e ácida em 22,7%. Sintomas mais frequentes: vômitos (31,8%), odinofagia (22,7%) e dor abdominal (18,2%). A mediana de dias de internamento foi 7,5 dias (2-51 dias). As lesões foram graduadas em 1 (n = 2; 9,1%), 2a (n = 9; 40,9%), 2b (n = 4; 18,2%), 3a (n = 0) e 3b (n = 7; 31,8%). Em mais de metade dos casos (n = 12; 54,5%) as lesões graves localizaram-se no esófago. Registaram-se complicações (insuficiência respiratória, pneumonia de aspiração, alterações das transaminases, estenose esofágica) em 5 doentes (22,7%), maioritariamente nas lesões graves. Não ocorreram complicações iatrogénicas. Um doente faleceu. As lesões graves associaram-se mais à ingestão de substâncias ácidas (p = 0,02), motivaram um internamento mais longo (p = 0,005), mais admissões em cuidados intensivos (p = 0,04) e necessidade de ventilação invasiva (p = 0,04).

Conclusões: 1. A classificação endoscópica das lesões cáusticas permite estratificar a gravidade das lesões com implicações no prognóstico e tempo de internamento; 2. As substâncias ácidas estão associadas a lesões mais graves.

12. IMPACTO DA ENTERO-RESSONÂNCIA NA DOENÇA DE CROHN - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

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

Hospital de Braga.

Introdução: A enterografia por ressonância magnética (entero-RMN) é fundamental na avaliação da doença de Crohn (DC),

nomeadamente na determinação da extensão e atividade da doença, assim como na deteção de complicações extraluminais. Propusemos avaliar o impacto da entero-RMN nas alterações terapêuticas destes doentes no último ano num centro terciário.

Método: Análise retrospectiva da entero-RMN e subsequente orientação de doentes com suspeita ou diagnóstico de DC, entre Janeiro e Dezembro de 2011.

Resultados: Dos 69 doentes (48H/21M, idade média $33,1 \pm 12,6$ anos) que realizaram entero-RMN, 17 realizaram o exame por suspeita de DC, a qual se confirmou em apenas 2 doentes. Os restantes 52 realizaram o exame para estadiamento ou deteção de complicações da DC. Neste grupo, a entero-RMN não alterou a localização da doença previamente definida por endoscopia, mas revelou sinais imagiológicos sugestivos de doença ativa em 26 (50%) doentes e detectou 23 complicações (18 estenoses, 3 fístulas e 2 abcessos) em 19 (27%) doentes; em 7 (13%) doentes o exame não revelou alterações. A entero-RMN associou-se a uma alteração na orientação clínica subsequente de 29 (56%) doentes: 24 doentes progrediram na terapêutica (13 doentes iniciaram imunomodulador e 11 iniciaram terapêutica biológica); 3 doentes necessitaram de cirurgia; 2 doentes necessitaram de dilatação endoscópica. Numa análise multivariada, associaram-se a alteração da orientação destes doentes os achados positivos (atividade e/ou complicações) na entero-RMN ($p = 0,0001$) e a história prévia de cirurgia ($p = 0,02$). Documentaram-se 29 achados imagiológicos não relacionados com a doença de Crohn.

Conclusões: O principal papel da entero-RMN na doença de Crohn é na avaliação da atividade da doença e deteção de complicações, sendo fundamental na orientação subsequente dos doentes, como reflete este estudo.

13. SERÁ A DIABETES MELLITUS TIPO 2 UM FACTOR DE RISCO PARA NEOPLASIAS COLO-RECTAIS?

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Os doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), particularmente os que recebem insulino-terapia, podem apresentar um risco acrescido para desenvolvimento de neoplasias colo-retais (NCR).

Objectivo: Determinar, numa população de doentes submetidos a colonoscopia eletiva, se a presença de DMT2 poderá constituir um fator de risco para NCR.

Métodos: Incluídos, retrospectivamente, 365 doentes (208 do sexo masculino; Média Etária - $62,4 \pm 14,3$ anos) submetidos a colonoscopia eletiva. Principais indicações: rastreio, dor abdominal, retorragias, anemia, obstipação crónica. Estes exames foram realizados no período de um ano (Julho/2010-Junho/2011) excluindo-se os doentes com doença inflamatória intestinal, colonoscopia incompleta e antecedentes de NCR (carcinomas e/ou adenomas). Registou-se a presença/ausência de DMT2, respetivas terapêuticas, presença/ausência de NCR e, para os pólipos, a sua localização, número, dimensões e histologia. Efetuada correlação da identificação de NCR com a presença de DMT2 e respetiva terapêutica. Estudo estatístico efetuado com SPSSV17.0.

Resultados: Dos 365 doentes, 78 apresentavam DMT2 (51 do sexo masculino; Média Etária - $69,6 \pm 8,4$ anos; Terapêuticas: Insulina-26,9%; Metformina-73,1%; Sulfonilureias-30,8%; Estatinas-46,2%; AAS-29,5%). Foram diagnosticadas NCR em 211 doentes (62 com DMT2), dos quais 196 exclusivamente com pólipos, 3 com adenocarcinomas vegetantes e 12 com pólipos+adenocarcinoma. Predominaram os pólipos sésseis (69,2%); 31,2% dos doentes tinham ≥ 3 pólipos; Localização: distal - 57,2%; proximal - 16,8%;

proximal+distal - 26%. Dimensão dos pólipos inferior a 1 cm em 69,3% dos doentes; histologia dominante - adenoma tubular (54,3%); displasia de baixo grau em 87,1% dos pólipos. A deteção de NCR foi mais comum nos doentes com DMT2 comparativamente aos não diabéticos (79,5% vs 51,9%; $p < 0,0001$), sem que se verificasse qualquer diferença condicionada pelo tipo de terapêutica.

Conclusões: Neste estudo parece existir uma associação significativa entre a DMT2 e a presença de NCR. Deste modo, é lícito considerar estes doentes como um grupo de maior risco nas estratégias de rastreio do Carcinoma Colo-Retal.

14. RELEVÂNCIA CLÍNICA DA CARACTERIZAÇÃO HISTOLÓGICA DE PÓLIPOS DIMINUTOS

C. Cardoso, D. Trabulo, R. Freire, M.I. Cremers, A.P. Oliveira

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: A relevância da avaliação histológica dos pólipos diminutos é uma questão controversa, com base em alguns estudos que sugerem que a sua utilidade se limita a determinados subgrupos de doentes.

Objectivo: Avaliar o impacto da avaliação histológica de pólipos diminutos na abordagem terapêutica e na estratégia de vigilância dos doentes, de acordo com as recomendações da American Gastroenterological Association.

Métodos: Análise prospectiva de doentes com pólipos diminutos (≤ 5 mm) detectados e removidos em colonoscopia total, recrutados durante um período de 12 meses. Verificou-se se o conhecimento da histologia dos pólipos diminutos alterou as opções terapêuticas ou os intervalos de vigilância inicialmente propostos.

Resultados: Foram incluídos 317 doentes, dos quais 66,9% do sexo masculino, com uma idade média de 64 anos. As principais indicações para o exame foram a vigilância de pólipos, a realização de polipectomia e o rastreio do cancro colorrectal. Foram analisados 470 pólipos diminutos, na sua maioria adenomas tubulares com displasia de baixo grau (55,3%) e hiperplásicos (41,9%), salientando-se a ausência de lesões histológicas avançadas. A avaliação histológica não modificou a abordagem terapêutica em nenhum caso, condicionando, contudo, uma alteração nos intervalos de vigilância em 12,3% dos doentes, que se limitou aos subgrupos que apresentavam três ou mais pólipos com dimensões inferiores a 10 mm e naqueles com um ou dois pólipos diminutos sem história familiar de cancro colorrectal.

Conclusões: Na nossa série, a avaliação histológica dos pólipos diminutos não modificou a abordagem terapêutica. Contudo, levou à antecipação do intervalo de vigilância numa minoria de doentes, restrita a dois subgrupos, que serão aqueles onde continua a ser recomendável o exame histológico.

15. SERÁ A DOXICICLINA UMA ALTERNATIVA VÁLIDA, EM PORTUGAL, NO TRATAMENTO DO HELICOBACTER PYLORI MULTIRESISTENTE?

J.M. Romãozinho^{1,2}, N. Almeida¹, M.M. Donato², C. Luxo³, O. Cardoso³, M.A. Cíprano⁴, C. Marinho⁴, R. Figueiredo², C. Sofia^{1,2}

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica. CHUC. ³Centro de Gastreenterologia, Faculdade de Medicina;

⁴Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.

Introdução: A infeção pelo *Helicobacter pylori* (Hp) é muito comum, mas a sua erradicação só deve ser tentada perante indicações específicas. Tem-se verificado uma resistência crescente do Hp aos antimicrobianos de 1ª linha, condicionando as opções terapêuticas, mormente nos países em que agentes de 2ª linha, como a tetraciclina, a furazolidona e os sais de bismuto, não estão disponíveis.

Objectivo: Avaliar a eficácia de um protocolo triplo de erradicação, com doxiciclina, no tratamento da infeção pelo Hp multiresistente.

Métodos: Estudo prospetivo envolvendo 14 dispépticos (sexo feminino - 11; média de idades - $50,4 \pm 11,6$ anos) antes sujeitos, sem sucesso, a uma mediana de 2 (1 a 6) tentativas de erradicação do Hp. Todos os doentes realizaram EDA com colheita de biopsias para cultura e antibiograma, o qual revelou resistência à claritromicina, metronidazol e levofloxacina, e sensibilidade à amoxicilina e tetraciclina. Foi estabelecido um protocolo triplo de erradicação integrado pelo pantoprazol 80 mg 2 id (13 dias), amoxicilina 1 g 12/12h (10 dias) e doxiciclina 100 mg 12/12h (10 dias), e registados a aderência à terapêutica e os efeitos adversos. O resultado final foi determinado pelo teste respiratório com ureia C^{13} realizado 8 a 10 semanas após conclusão do tratamento.

Resultados: Dos 14 dispépticos, apenas 1 interrompeu a terapêutica devido à ocorrência de efeitos colaterais (náuseas, vômitos e dores abdominais), os quais surgiram ainda, embora mais frustes, em outros 3 doentes. O teste respiratório foi positivo em todos os doentes, traduzindo o completo insucesso do protocolo de erradicação utilizado.

Conclusões: A doxiciclina, antimicrobiano do grupo das tetraciclina por alguns considerado um agente anti-Hp de 2ª linha, não constitui uma alternativa válida, em Portugal, no tratamento do Hp multiresistente.

16. INGESTÃO DE AGENTES CÁUSTICOS - CASUÍSTICA DE 16 ANOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

A.M. Oliveira, C. Rodrigues, F. Cardoso, L. Ricardo, D. Horta, L. Santos, A. Martins, E. Pires, J. Deus

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A ingestão de substâncias cáusticas, voluntária ou acidental, induz um espectro amplo de lesões no trato gastrointestinal. A endoscopia digestiva alta (EDA) é o exame complementar de diagnóstico que possibilita avaliar a extensão e a gravidade das lesões, permitindo estabelecer o prognóstico e determinar a melhor abordagem terapêutica.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes que efectuaram EDA por ingestão de cáusticos num período de 16 anos (1996-2011), num Hospital Distrital. Avaliaram-se as circunstâncias da ingestão, tipo de produto, observação endoscópica e otorrinolaringológica (ORL), tratamento e complicações. Foi utilizada a classificação endoscópica de Zargar.

Resultados: Registaram-se 51 casos de ingestão de cáusticos, a maioria de forma voluntária ($n = 33$; 64,71%). Em 74,5% ($n = 38$) dos casos foram ingeridas substâncias alcalinas. A EDA foi realizada em média 20H (2-72H) após a admissão. Correlação das lesões endoscópicas/ORL encontradas: (1) EDA normal-13/ORL normal-7; com lesões-3; não observados (NA)-3; (2) grau I-13/ORL normal-3; com lesões-6; NA-4; (3) grau IIa-8/ ORL normal-1; com lesões-5; NA-2; (4) grau IIb-7/ORL com lesões-5; NA-2; (5) grau III-10/ ORL com lesões-9; NA-1. Não se verificou nenhuma perfuração esofágica. Em 17,6% dos casos ($n = 9$; grau III - 6, grau IIb - 3) verificou-se evolução para estenose esofágica e/ou antropilórica. A maioria destes doentes necessitou de intervenção endoscópica e/ou cirúrgica: dilatação endoscópica ($n = 2$), colocação de prótese endoscópica ($n = 2$), cirurgia ($n = 2$). A taxa de mortalidade foi 3,9% ($n = 2$), todos doentes com lesões grau III.

Conclusões: Os agentes cáusticos são ingeridos mais frequentemente como tentativa de suicídio. Dos doentes que efectuaram EDA, 25% não apresentou lesões endoscópicas. A ausência de lesões ORL não excluiu a presença de lesões endoscópicas. A intervenção endoscópica teve um papel importante

na resolução dos casos de estenose sintomática. As lesões endoscópicas mais graves correlacionaram-se com a presença de lesões ORL, desenvolvimento de estenose e mortalidade.

17. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NA PRÁTICA CLÍNICA

R. Küttner Magalhães, P. Lago, M.J. Magalhães, P. Salgueiro, D. Gonçalves M., Salgado, C. Caetano, I. Pedroto

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

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) idiopática constitui um grupo heterogêneo de patologias inflamatórias crônicas cada vez mais frequente na prática clínica gastreenterológica. É essencial a criação de consultas especializadas dedicadas ao seu diagnóstico, investigação, seguimento e tratamento.

Objectivo: Investigar as características clínicas e o tratamento dos doentes com DII.

Métodos: Recolha dos dados demográficos, clínicos e de tratamento dos doentes seguidos em consulta de DII, num Hospital Terciário.

Resultados: Total de 935 doentes; 56,7% do sexo feminino; idade média 47,8 anos (18-92); duração média de diagnóstico 11,7 anos (3 meses-51 anos). DC-60,2% ($n = 563$); CU-36,3% ($n = 339$); Colite não classificada-3,5% ($n = 33$). Na DC: L1-33,5%, L2-22,6%, L3- 33,3%, L4 isolado ou em associação com outra localização-9,6%; B1-52,0%, B2-29,9%, B3-18,1%; Doença perianal-27,7%. Na CU: E1-32,4%, E2-43,4%, E3-24,2%. Do global: 27,3% têm manifestações extraintestinais (MEI); 43,1% estão sob imunossupressão (IS); 18% sob biológicos; 6,0% sob terapêutica combinada (11,2% no passado); 28,0% submetidos a cirurgia do delgado ou cólon. Na DC, a média de idades é inferior à CU (45 vs 52 anos, $p < 0,001$), predominando o sexo feminino em ambas (DC-63,2% vs CU-61,4%, $p = 0,587$). Os doentes com DC apresentam mais frequentemente MEIs do que aqueles com CU (32,3% vs 19,8%, $p < 0,001$); são mais frequentemente medicados com IS (60,7% vs 17,4%, $p < 0,001$), terapêutica biológica (26,5% vs 5,6%, $p < 0,001$), terapêutica combinada, actualmente (8,2% vs 2,9%, $p = 0,003$), terapêutica combinada, no passado (16,9% vs 3,8%, $p < 0,001$) e têm um risco 18 vezes superior de serem submetidos a cirurgia (44,0% vs 4,1%, $p < 0,001$, OR: 18,22, IC 95%, 10,4-31,9).

Conclusões: Neste estudo as características clínicas da DC e da CU aproximam-se das descritas na literatura médica. Salienta-se o maior peso que a DC representa quer na necessidade de terapêutica médica imunossupressora e biológica, quer no recurso a cirurgia.

18. METOTREXATO NO TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

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

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

Introdução: Embora a imunossupressão com metotrexato esteja indicada no tratamento da Doença Inflamatória Intestinal (DII), o seu uso na prática clínica é limitado.

Objectivo: Avaliação das indicações, eficácia e efeitos adversos do uso do metotrexato na DII.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, no qual foram analisadas características demográficas e clínicas dos doentes medicados com metotrexato seguidos em consulta de DII.

Resultados: Total de 935 doentes, 403 sob imunossupressão: tiopurinas em 89,3% ($n = 360$) e metotrexato em 10,7% ($n = 43$). Dos

doentes sob metotrexato: 29H/14M; idade média de 48,3 anos (26-75); 2-Colite Ulcerosa, 40-Doença Crohn, 1-Colite não classificada; duração média de tratamento 33 meses (1-115 meses); manifestações extraintestinais (MEI) em 58,1% (n: 25) e doença perianal em 37,2% (n: 16). Foi fármaco de 1ª escolha em 23,3% (n: 10), sendo a manifestação articular de DII a sua principal indicação (70%). Foi fármaco de alternativa, por toxicidade ou ineficácia das tiopurinas em 76,7% (n: 33), tendo como indicações a gravidade da doença em 42,4% (n: 14) e corticodependência em 39,4% (n: 13). Em 65,1% (n: 28) houve resposta parcial e em 23,3% (n: 10) resposta completa. As reacções adversas ocorreram em 41,9% (n: 18): reacção sistémica em 5 (suspensão do metotrexato em 2), alteração de enzimas hepáticas em 5 (suspensão do metotrexato em 2), intolerância gastrointestinal em 4 (suspensão do metotrexato em 2), infecção em 3 (suspensão do metotrexato em 2) e mielotoxicidade num caso. Os doentes medicados com metotrexato apresentam mais vezes MEI (58,1% vs 25,8%, $p < 0,001$), doença perianal (37,2% vs 17,3%, $p: 0,002$) e cirurgia do delgado ou cólon (53,5% vs 26,8%, $p < 0,001$).

Conclusões: O metotrexato, apesar de pouco utilizado, apresenta uma eficácia satisfatória no tratamento da DII. As MEI constituem uma indicação particular deste fármaco, que apresenta uma incidência considerável de efeitos laterais.

19. TEMPO DE TRANSITO CÓLICO E DEFECOGRAFIA NO ESTUDO DA OBSTIPAÇÃO CRÓNICA

A. Oliveira, T. Correia, P. Souto, J. Ilharco, C. Gregório, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objectivo: Segundo os critérios de Roma III, a obstipação não é apenas definida pela frequência de dejeções. O Tempo de Transito Cólico (TTC) com marcadores radiopacos avalia o tempo de trânsito total e segmentar, sendo um dos vários estudos utilizados na avaliação da obstipação crónica.

Métodos: Avaliação retrospectiva dos doentes com obstipação crónica, submetidos a Estudo de TTC no nosso serviço, no período compreendido entre Maio de 2008 e Janeiro de 2012. Em todos foi utilizado o protocolo de Abrahamsson. Um subgrupo destes realizou defecografia convencional.

Resultados: Foram avaliados 104 doentes com idade média de 46 anos e 91% do sexo feminino. O TTC total estava aumentado em 30,8% dos casos. No total dos casos, 17,3% apresentava uma acumulação de marcadores limitada à direita, 24% à esquerda, 12,5% em ambos e 46,2% não tinha alterações. Nos casos em que o TTC total estava aumentado, 71% apresentava acumulação à direita enquanto nos que tinham um TTC total normal, 64% apresentavam atrasos limitados ao cólon esquerdo (RR 4,3: 1,4-13,4). A defecografia foi realizada em 46 doentes. Destes, 52,2% apresentavam compromisso no esvaziamento da ampola rectal, 28% invaginação, 37% rectocelo, 19,6% má abertura do angulo ano-rectal e 23,4% descida patológica do pavimento pélvico. Dos doentes em que não havia normal abertura do angulo ano-rectal, 88,9% apresentavam compromisso do esvaziamento (RR 10,5; 1,2-92,7). O rectocelo estava presente em 61,5% dos casos em que havia invaginação versus 27,3% quando não havia (RR 4,3; 1,1-16,5). Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre alterações no TTC e alterações na defecografia.

Conclusões: Uma grande percentagem dos doentes apresenta um TTC total e segmentar normal. Na maioria dos doentes a defecografia demonstrou alterações. Não houve relação entre alterações observadas nos dois exames, assumindo-se a sua complementaridade, traduzindo perspectivas diferentes.

20. RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE GRANDES PÓLIPOS DO CÓLON-UM DESAFIO GANHO?

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

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

Introdução e objectivo: Apesar de representarem uma minoria dos pólipos encontrados na colonoscopia, as lesões sésseis ou pediculadas de grandes dimensões (> 2 cm), representam habitualmente um desafio para o endoscopista. Receios relativos à segurança, ressecção incompleta e recorrência motivam o recurso à cirurgia para estas lesões que em grande parte são benignas. O objectivo deste trabalho foi avaliar a prática clínica da nossa instituição no manejo destes pólipos.

Métodos: Estudo retrospectivo do período de tempo compreendido entre 2007 e 2011, num hospital comunitário. Analisaram-se os dados demográficos, os relativos à caracterização das lesões polipóides benignas, ressecção endoscópica/cirúrgica e seguimento. Análise comparativa de dados pelo teste exacto de Fisher.

Resultados: Incluindo 86 doentes, em que 78 realizaram ressecção primária endoscópica e oito ressecção primária cirúrgica (pólipo considerado não ressecável endoscopicamente). A idade média foi de 66,7 anos e 50 pertenciam ao género masculino. Os pólipos pediculados localizaram-se preferencialmente no cólon esquerdo ($p < 0,001$) ao contrário dos sésseis planos (cólon direito; $p = 0,023$). A maioria das lesões tinha dimensões entre 2 e 3 cm ($n = 44$) e era sésseis ($n = 37$) com baixo grau de displasia. Identificaram-se lesões síncronas em 36 casos. Em 29 casos foi utilizada a técnica de elevação da submucosa. A ressecção endoscópica em fragmentos ($n = 38$) não acarretou mais complicações mas incrementou a recorrência local ($p = 0,0324$), cuja taxa global se situou nos 20,8%. Dos casos com recorrência local, 20% eventualmente necessitou de cirurgia ($n = 2$). Quatro doentes falharam a primeira tentativa de ressecção endoscópica e foram operados (5,1%). A taxa de complicações graves na ressecção primária cirúrgica foi de 25% contra os 3,8% da ressecção primária endoscópica.

Conclusões: A excisão endoscópica de grandes pólipos mostrou ser segura, com baixo número de ressecções incompletas e com uma taxa de recorrência considerada aceitável e comparável à de séries internacionais.

21. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA DO LINFOMA GÁSTRICO PRIMÁRIO: SÉRIE DE 31 CASOS

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

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Hospital Geral.

Introdução: O estômago é o órgão mais frequentemente envolvido por linfomas extraganglionares. Trata-se, contudo, de uma patologia pouco frequente, constituindo apenas 2-8% das neoplasias gástricas.

Objectivo: Caracterização clínica, endoscópica e histológica assim como o tipo e resposta ao tratamento dos linfomas gástricos primários (LGP) diagnosticados no nosso hospital durante um período de 8 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo com consulta dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de LGP, de 1 de Janeiro de 2004 a 31 de Dezembro de 2011.

Resultados: 31 doentes, 55% do sexo masculino, idade média de $69 \pm 12,7$ anos. Sintomas mais frequentes: epigastralgias (45%),

astenia (29%), perda ponderal (29%), melenas (26%) e anorexia (26%). Sintomas B em 16% dos casos. Caracterização endoscópica: A) Localização: corpo 48%, antro 16%, cardia 13%, fundo 6% e multifocal 16%; B) Morfologia: ulcerada 36%, infiltrativa 29%, vegetante 13%, ulcerovegetante 10%, polipoide 10% e granular 3%. Caracterização histológica: linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) 61%, MALT 26%, linfoma do manto 10% e linfoma de Burkitt 3%. Estadiamento (classificação Blackledge): estadiamento I - 6%, II1 - 10%; II2 - 6%, IIE - 0, IV - 78%. Infecção concomitante por *Helicobacter pylori* em 39% dos doentes (75% no MALT e 33% no LDGCB). Tratamento: A) erradicação de *Helicobacter pylori* nos doentes com infecção, eficaz em 2/3; B) quimioterapia (QT) isolada 81% (R-CHOP-36%, CVP-20%, outros regimes - 44%), QT + cirurgia 10%, cirurgia isolada 3%. Recidiva em 19% (6/31) dos casos (3 LDGCB e 3 MALT). Mortalidade 54%. Sobrevivência média de 27 ± 29 meses.

Conclusões: Nesta série, o LGP manifestou-se com quadro clínico inespecífico e achados endoscópicos incaracterísticos. Constatou-se uma elevada taxa de mortalidade que pode estar relacionada com o predomínio de linfomas de alto-grau e em estadiamento avançado. Destaca-se ainda o facto do tratamento desta patologia permanecer alvo de controvérsia.

22. TUBERCULOSE LATENTE NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: IMPACTO DA IMUNOSSUPRESSÃO NA PERFORMANCE DE UM INTERFERON- γ RELEASE ASSAY

J. Machado, P. Ministro, P. Sousa, J. Loureiro, J. Ribeiro, A. Silva

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.

Introdução: O rastreio da tuberculose latente (TL) é de primordial importância nos doentes com doença inflamatória intestinal (DII). Actualmente dispomos dos Interferon-gamma Release Assay (IGRA) como método adicional de rastreio. O QuantiFERON[®]-TB Gold in-Tube (QTF[®]) baseia-se no doseamento do INF-gamma libertado no sangue periférico em resposta a péptidos que simulam a ESAT6, CFP 10 e TB7.7 do *Mycobacterium tuberculosis*. A amostra é colhida para 3 tubos, controlo negativo "Nil", antígeno (TBag) e controlo positivo "Mitogénio". Uma baixa resposta ao "Mitogénio" pode ocorrer quando existem linfócitos insuficientes ou incapacidade dos linfócitos em gerar IFN-gamma.

Objectivo: Avaliar o impacto da terapêutica imunossupressora (IS) na performance do QTF[®].

Métodos: Foram incluídos doentes com DII, submetidos a rastreio de TL com QTF[®]. Os dados clínicos foram colhidos do processo hospitalar e os doseamentos *in vitro* de INF-gamma obtidos através do software do fabricante. Foi comparada a produção *in vitro* de INF-gamma do tubo do "mitogénio" e o resultado final quantitativo do teste ("TBag"- "Nil") nos doentes com e sem terapêutica IS bem como nos diferentes regimes terapêuticos. Análise estatística: SPSS 17.0.

Resultados: Foram incluídos 83 doentes e efectuados 92 testes QTF[®]. Sessenta e um (73,5%) doentes tinham Doença de Crohn, 20 (24,1%) Colite Ulcerosa e 2 (2,4%) Colite Não Classificada. Idade média à data do teste: 35,2 ± 11,9 anos. Vinte e nove (31,5%) encontravam-se sob terapêutica IS à data do teste: 17 (18,5%) imunossupressão clássica (azatioprina e metotrexato), 10 (10,9%) corticoterapia e 2 (2,2%) com ambas. Verificou-se uma secreção de INF-gamma (concentração) significativamente menor no tubo "mitogénio" nos doentes sob terapêutica IS clássica quando comparados com os doentes sem terapêutica IS. Constatou-se que o resultado final do teste não foi significativamente influenciado pela terapêutica IS.

Conclusões: Na nossa amostra o resultado final do teste IGRA não foi influenciado pela terapêutica IS.

23. IBP: IMPLEMENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NOS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES

S. Campos, E. Cunha, N.J. Silva, A. Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O uso excessivo de inibidores da bomba de prótons (IBP), uma das classes terapêuticas mais prescritas em Portugal, tem suscitado a preocupação de melhorar a sua prescrição, nomeadamente pela criação de normas pela Direcção-Geral de Saúde (DGS).

Objectivo: Caracterização de uma população sujeita a IBP durante internamento hospitalar e análise da sua correcta prescrição.

Métodos: Estudo transversal incluindo doentes internados num serviço de Medicina Interna sujeitos a IBP entre 1 Janeiro e 30 Junho de 2010. Avaliou-se o cumprimento da prescrição de IBP segundo guidelines redigidas pelas principais sociedades internacionais.

Resultados: No período estudado, internaram-se 949 doentes. Destes, 24,97% fizeram IBP - 56,12% eram do sexo feminino, com idade média 76,49 anos, 33,97% apresentavam múltiplas comorbilidades e 39,24% faziam já IBP em ambulatório. Apenas 15,55% destes doentes tinham indicação formal para IBP, mais frequentemente por úlcera péptica (21,62%). Dos restantes, sem indicação para IBP, destacam-se como possíveis justificações para a sua prescrição: anti-coagulação/anti-agregação plaquetária (27,5%), corticoterapia (13,5%), cirrose hepática (8,5%), choque séptico ou profilaxia de úlcera por AINE sem factores de risco (2,0%) e hemorragia digestiva baixa (HDB-0,5%). Em 46,0% destes doentes não se encontrou nenhuma fundamentação para IBP. Doentes com IBP inadequadamente prescrito aquando da admissão hospitalar têm um risco 6,88 vezes superior ($p < 0,001$) de manterem o IBP sem motivo após a alta. Do gasto total de 3.030 euros em IBP, 2.209 euros (72,93%) foram gastos em excesso.

Conclusões: Os IBP estão a ser sobre-utilizados, não contribuindo a admissão hospitalar para a sua melhor prescrição. A presença isolada de corticoterapia, anti-coagulação/anti-agregação plaquetária, AINE, HDB, cirrose hepática ou profilaxia de úlcera de stress em doentes de baixo risco pode estar a ser incorrectamente invocada para prescrever IBP. A administração inadequada de IBP reflecte-se em gastos excedentários, recomendando-se o seu uso racional de modo a obviar a sua sobre-utilização e toxicidade.

24. ENTEROSCOPIA POR VIDEO-CÁPSULA NA PRÁTICA CLÍNICA: A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS

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

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: A enteroscopia por vídeo-cápsula está disponível para diagnóstico desde 2001 tendo revolucionado o diagnóstico da patologia do intestino delgado. Na nossa unidade hospitalar esta técnica foi introduzida em 2002, portanto há 10 anos.

Objectivo: Rever a experiência de 10 anos, de utilização desta técnica tendo em conta as indicações, diagnósticos, limitações e complicações.

Métodos: Recolhemos retrospectivamente dados técnicos, indicações, diagnósticos, limitações e complicações de todos os exames realizados entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2011, seguido de análise estatística descritiva dos dados obtidos.

Resultados: Realizaram-se 239 exames (Pillcam SB[®], Given Imaging, Yoqneam, Israel) em 238 doentes (59,8% mulheres) com média de idades de 57,14 anos (13-89 anos). As médias dos tempos de trânsito gástrico e do delgado foram de 60,9 minutos (3 - > 360 minutos) e de 319,4 minutos (80 a 540 minutos). O cego não foi alcançado em 22% dos casos. As principais indicações do exame foram a hemorragia digestiva obscura (57,7%) e a doença de Crohn

(25,1%). Em 107 doentes (44,7%), o exame não revelou qualquer alteração, constituindo as angiectasias (18,4%) e as erosões/úlceras (13,8%) os achados mais frequentes. Não se verificaram retenções, nem qualquer complicação relacionada com o exame.

Conclusões: Os dados epidemiológicos desta casuística estão de acordo com os descritos na literatura, assim como as principais indicações e achados durante o exame. A enteroscopia por vídeo-cápsula revelou-se ainda um exame seguro, não se tendo verificado a existência de qualquer complicação. Verificou-se ainda uma elevada taxa de exames que não revelaram qualquer alteração da mucosa visualizada, podendo sugerir uma eventual necessidade de melhorar os critérios de selecção dos doentes submetidos a enteroscopia por vídeo-cápsula.

25. O IMPACTO DOS MUITO IDOSOS NUM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA

T. Correia, A. Oliveira, N. Almeida, C. Sofia,

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objectivo: O aumento da esperança média de vida conduz a um aumento de doenças crónicas e suas complicações e consequentemente a um incremento do número de internamentos hospitalares e custos associados. O objectivo deste estudo é avaliar parâmetros clínicos mais prevalentes em doentes muito idosos (> 80 anos).

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes internados num Serviço de Gastroenterologia num período de dois anos. Avaliaram-se parâmetros demográficos, proveniência, diagnóstico primário, exames complementares realizados, evolução e tempo de internamento. De acordo com a idade, os doentes foram divididos em 2 grupos: Grupo A - inferior a 80 anos e Grupo B - superior ou igual a 80 anos.

Resultados: Identificaram-se 2984 internamentos, correspondente a 2387 doentes (idade mediana: 67 anos, 14 a 103 anos), sendo 22,6% do Grupo B (idade média: Grupo A 58,6 anos; Grupo B 85,2 anos, $p < 0,001$). O sexo feminino é mais prevalente no grupo B (35,9% vs 56,6%, $p < 0,001$). O tipo de internamento através do Serviço de Urgência é o mais prevalente (81,5%); os internamentos programados são mais frequentes no grupo A, $p < 0,0001$. As patologias com maior prevalência no grupo B comparativamente ao A são: doenças das vias biliares, doença ulcerosa péptica, patologia vascular e doença não inflamatória não neoplásica intestinal ($p < 0,05$). Não existe diferença estatística no número de internamento de etiologia neoplásica entre os grupos. Os doentes muito idosos realizaram mais exames complementares de diagnóstico durante o internamento, em particular exames endoscópicos ($p < 0,05$). O grupo B apresentou internamentos mais prolongados (10,7 vs 12,0, $p < 0,05$). A mortalidade foi igualmente superior no grupo B (10,8% vs 7,8%, $p < 0,05$).

Conclusões: Doentes com idade superior a 80 anos internados num Serviço de Gastroenterologia representam um grupo que acarreta maiores custos (maior tempo de internamento e mais exames complementares) e pior prognóstico.

26. AVALIAÇÃO DA REGRESSÃO HISTOLÓGICA APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CANCRO GÁSTRICO

B. Pereira¹, C. Calle², C. Lagos¹, M. Serrano¹, J. Dinis Silva¹, S. Mão de Ferro¹, S. Ferreira¹, R. Fonseca², P. Chaves², A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastroenterologia; ²Serviço de Anatomia Patológica. Consulta Multidisciplinar de Tumores do Esófago e Estômago, IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Introdução: A regressão tumoral (RT) no contexto de quimioterapia peri-operatória do cancro gástrico constitui um parâmetro objetivo

de resposta; vários estudos associam o grau RT ao prognóstico. Uma proporção elevada de doentes tem resposta limitada, admitindo-se que um aumento do tempo até à cirurgia possa comprometer a terapêutica. A previsão da resposta à quimioterapia seria útil.

Objectivo: Avaliar a RT na peça operatória de neoplasia gástrica após quimioterapia neoadjuvante e a sua correlação com variáveis clínicas.

Métodos: 66 doentes com cancro gástrico localmente avançado (T ≥ 3 ou N+) foram submetidos a quimioterapia neoadjuvante (3 ciclos de cisplatina e epirrubina) seguida de cirurgia de ressecção. As peças foram revistas e a RT classificada de acordo com Becker (Ia: sem tumor residual; Ib: tumor residual < 10%; II: tumor residual 10-50%; III: > 50% tumor residual). A RT foi correlacionada com variáveis clínico-patológicas e mortalidade.

Resultados: Quinze doentes (22,7%) apresentaram RT completa ou subtotal (8 Ia e 7 Ib), 19 (28,8%) parcial (II) e os restantes 32 (48,5%) mínima (III). Verificou-se maior RT em indivíduos estadiados pré-tratamento como T1/2 ($p = 0,002$), que também se associou a estádios ypT e N mais precoces ($p = 0,001$ e $p = 0,003$). Não se verificou associação com sexo, idade, diferenciação histológica e localização tumoral. A RT Ia/Ib foi mais frequente nos tumores de tipo intestinal (27,7%) do que de tipo células pouco coesas (10,5%) ($p = 0,29$). Durante o seguimento (mediana: 11 meses- 0-33 meses) verificaram-se 16 óbitos [1/15 doentes com RT Ia/Ib (6,7%) e 15/51 com RT II/III (29,4%), ns].

Conclusões: Observou-se RT significativa em cerca de 1/4 dos doentes, valor sobreponível ao das séries publicadas. À exceção do estágio pré-terapêutico não se identificaram outras variáveis com valor preditivo da RT, úteis na seleção de doentes para este tipo de tratamento.

27. COLITE ISQUEMICA NO DOENTE HEMODIALIZADO

A. Gomes, M. Ferreira, H. Pinho, R. Simão, J. Leitão, L.F. Pinheiro

Serviço de Cirurgia 1, Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Introdução: Tem sido referido em algumas publicações que a colite isquémica em doentes com insuficiência renal crónica submetidos a hemodiálise parece ter uma localização e gravidade diferente da isquémia por outras causas, havendo quem relacione com os episódios de hipotensão durante a diálise.

Objectivos e métodos: Com o objectivo de avaliar esta tendência os autores procederam à análise retrospectiva dos processos dos doentes internados no Serviço de Cirurgia 1 do CHTV por colite isquémica durante 10 anos, desde o início da realização de hemodiálise (Novembro de 2001 a Outubro de 2010). Estes doentes foram divididos em 2 grupos: HD (doentes hemodialisados com colite isquémica) e NHD (doentes com colite isquémica não hemodialisados). Nos dois grupos foram analisados idade, sexo, co-morbilidades, localização da isquémia, exames de diagnóstico, necessidade de intervenção cirúrgica e morbimortalidade.

Resultados: Num total de 131 doentes internados por colite isquémica, 14 doentes eram HD. O grupo de doentes HD apresenta idade média de 62,7 anos vs 76,06 NHD. A isquémia atingiu o cólon direito em 71,4% dos doentes HD vs 11,5% dos doentes NHD. Necessitaram de cirurgia 10 dos 14 doentes do grupo HD vs 16,7% dos doentes NHD, com a particularidade de neste último grupo necessitarem de cirurgia todos os doentes com atingimento da isquémia no cólon direito. A mortalidade foi de 14,2% nos HD vs 0,53% nos NHD.

Conclusões: A colite isquémica que surge no doente com insuficiência renal crónica a necessitar de hemodiálise é mais frequente no cólon direito e habitualmente grave.

28. APLICABILIDADE CLÍNICA DO ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA PERI-OPERATÓRIA PARA O CÂNCRO GÁSTRICO RESSECÁVEL-RESULTADOS DUMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA

J. Dinis Silva^{2,3}, M. Serrano², A.C. Lagos^{2,4}, B. Pereira^{2,5},
S. Mão de Ferro^{1,2}, S. Ferreira^{1,2}, A. Bettencourt¹, R. Casaca¹,
J. Freire¹, A. Luis¹, A. Dias Pereira^{1,2}

¹Consulta Multidisciplinar de Tumores do Esófago e Estômago.
²Serviço de Gastrenterologia, IPOLFG, EPE. ³HESE, EPE. ⁴CHLN,
⁵ULS de Castelo Branco, EPE.

Introdução: Em 2006 foi publicado o primeiro estudo randomizado (MAGIC Trial) que mostrou benefício da quimioterapia peri-operatória (QPO) nos doentes com adenocarcinoma do estômago e da junção esófago-gástrica (JEG). Pretende-se avaliar a aplicabilidade do MAGIC Trial na prática clínica de uma instituição oncológica.

Métodos: 248 doentes (144 homens, idade média de 64,7 anos; 21-93) com adenocarcinoma gástrico ou da JEG foram referenciados a Consulta Multidisciplinar entre Fev/2009 e Nov/2011. Doentes estadiados com TC toraco-abdomino-pélvica, ecoendoscopia (T < 3, N0 e M0) e laparoscopia (T > 2 ou N+). QPO proposta aos estadiados como T > 2 ou N+ (3 ciclos pré e pós-operatórios de epirrubina, cisplatina e 5-fluorouracilo, cirurgia com dissecação ganglionar D2). Doentes sem condições operatórias ou estágio IV receberam terapêutica paliativa (n = 85). Doentes estadiados como T1/2 e N0, idade > 80 anos, sintomatologia obstrutiva ou hemorragia digestiva foram submetidos a cirurgia directa (n = 82).

Resultados: QPO em 81 doentes: Quimioterapia pré-operatória: morbidade maior-7,4%, mortalidade-0; Cirurgia: 78 doentes (2 recusaram cirurgia, 1 progressão de doença), Cirurgia R0-62 (79,4%), morbidade maior-15,4%, mortalidade-2,6%; Quimioterapia pós-operatória: 54 doentes (não quimioterapia: 6 complicações de cirurgia, 1 complicações de quimioterapia prévia, 1 co-morbidade); morbidade maior-5,6%; mortalidade-0. Dois doentes não completaram os 3 ciclos. Mediana do tempo: quimioterapia-cirurgia-47 dias; cirurgia-quimioterapia-36,5 dias. 64,2% dos doentes concluíram QPO. A mortalidade por complicações da QPO foi de 2,5%. 83,9% dos doentes submetidos a quimioterapia pré-operatória e cirurgia R0 completaram quimioterapia pós-operatória. As complicações da cirurgia na QPO foram semelhantes às da cirurgia directa.

Conclusões: Um terço dos doentes foram elegíveis para QPO. As taxas de conclusão do tratamento, mortalidade por complicações da terapêutica, cirurgias R0 e quimioterapia pós-operatória compararam-se favoravelmente com o reportado no estudo MAGIC (43,5%, 7,6%, 80,1% e 61%, respectivamente). Os tempos para a cirurgia e quimioterapia foram adequados. A QPO para o cancro gástrico é exequível na prática clínica de uma instituição oncológica.

29. CARCINOMA DO ESÓFAGO E DO CÁRDIA: COMPORTAMENTOS DIFERENTES OU SEMELHANTES?

A.M. Oliveira, F. Cardoso, C. Rodrigues, L. Ricardo, D. Horta,
L. Santos, A. Martins, E. Pires, J. Deus

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A incidência do carcinoma do esófago (CE) tem aumentado nas últimas três décadas, especialmente devido ao adenocarcinoma, agora o tipo histológico com mais incidência. Paralelamente, também a incidência do carcinoma do cárdia (CC) tem aumentado, apesar da redução dos adenocarcinomas gástricos distais. A maioria dos doentes com CE ou CC apresenta-se com doença avançada, sendo possível efectuar tratamento curativo em menos de 50%.

Objectivo: Comparar o CE com o CC relativamente ao estadiado de diagnóstico, tratamento e follow-up.

Métodos: Coorte retrospectiva dos doentes com CE ou CC entre 2007 e 2011, num centro hospitalar. A análise estatística foi efectuada com base no teste do Qui-quadrado.

Resultados: Foram diagnosticados 101 casos de CE (n = 64) ou CC (n = 37), com uma idade média de 64 e 67 anos e uma maior incidência no sexo masculino (84,4% e 81,1%), respectivamente. O carcinoma pavimento-celular (CPC) foi o principal tipo histológico de CE (82,8%). Na altura do diagnóstico; 9,4% (n = 6) dos doentes com CE e 18,9% (n = 7) dos doentes com CC apresentava doença localizada (p = 0,17); 64,1% (n = 41) e 37,8% (n = 14) apresentava metastização à distância (p = 0,01), respectivamente. 32 doentes (9 com CE e 23 com CC, p < 0,001) foram submetidos a cirurgia curativa. O tratamento paliativo endoscópico (prótese metálica) foi realizado em 38 doentes (32 CE e 6 CC, p = 0,001). A taxa de mortalidade um ano após o diagnóstico foi 48,4% no CE e 40,5% no CC (p = 0,44).

Conclusões: Nesta coorte o CPC prevaleceu como o tipo de CE mais frequente. Na altura do diagnóstico, o número de doentes submetidos a cirurgia foi superior no CC. Em contrapartida, o número de doentes em estadio IV, bem como a percentagem de doentes submetidos a tratamento paliativo endoscópico foi superior no CE relativamente ao CC. Não obstante, a mortalidade um ano após o diagnóstico foi sobreponível nos dois sub-grupos.

30. HIPERPLASIA NODULAR LINFÓIDE: UMA SÉRIE DE 4 CASOS NUMA ENTIDADE POUCO DEFINIDA

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

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Hospital Geral.

Introdução: A hiperplasia nodular linfóide (HNL) intestinal é uma condição considerada rara, mas provavelmente sub-diagnosticada. É um processo reativo benigno, cuja fronteira patológica não se encontra ainda bem definida.

Objectivo: Caracterização clínica de uma série de doentes com HNL.

Métodos: Revisão dos processos clínicos dos doentes internados num Serviço de Gastrenterologia com diagnóstico de alta de HNL, no período de 1/1/2007 a 31/12/2011.

Resultados: Neste período de tempo estiveram internados 4 doentes, do sexo masculino, com média de idades de 16,8 ± 1,5 anos, todos previamente saudáveis. Quadro clínico de apresentação: melenas em 75% e suboclusão intestinal em 25%. A investigação etiológica efectuada culminou com o diagnóstico de HNL, baseado nos achados endoscópicos, histológicos e exclusão de outras patologias. Assim, na ileocolonosopia o achado comum a todos os doentes foi a observação da mucosa do ileon terminal de aspeto congestivo e nodular e cujas biopsias evidenciaram hiperplasia linfóide. Não se identificaram outras alterações endoscópicas (endoscopia digestiva alta, colonoscopia e videocapsula) de relevo. Excluídos défices de imunidade inata ou adquirida. Constatada deficiência de ácido fólico e vitamina B12 num doente. Efetuado tratamento médico de suporte em todos os doentes, sem registo de complicações. Período médio de follow-up de 29,5 ± 9,5 meses (19-38) sem recidiva clínica e assintomáticos.

Conclusões: A raridade da HNL, associada a escassez de dados na literatura contribui para a falta de recomendações quanto à sua orientação. Nesta série, verificou-se uma homogeneidade dos dados demográficos, designadamente sexo masculino e faixa etária, bem como da apresentação clínica. A evolução favorável sem complicações coaduna-se com o aparente carácter benigno desta patologia.

31. SERÁ POSSÍVEL PREDIZER O TEMPO DE INTERNAMENTO NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA? AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO SCORE AIMS65 E COMPARAÇÃO COM OUTROS SCORES

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

Serviço Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/ Espinho.

Introdução: Vários scores têm surgido para a avaliação dos doentes hemorragia digestiva alta (HDA). No entanto, a sua aplicação na prática clínica não é ainda consensual. Recentemente Saltzman et al (Gastrointest Endosc) desenvolveram um score preditor do tempo de internamento.

Objectivo: avaliação e validação do score AIMS65 e comparação com outros scores não endoscópicos.

Métodos: Estudo retrospectivo, dos doentes internados no serviço por HDA entre Janeiro de 2009 e Dezembro 2011. Avaliado e comparado score AIMS65 com estado geral do doente (classificação da American Society Anesthesiology (ASA)) em relação ao tempo de internamento; avaliada necessidade de terapêutica endoscópica e comparada com o score Rockall clínico e Blatchford. Utilizado *cut-off* descrito por Bjorkman et al para classificação ASA. Restantes *cut-offs* originais. Estatística: Calculo de AUROCs, valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) e acuidade; teste t Student.

Resultados: 128 doentes (idade média 63 anos; 75% sexo masculino) internados por HDA, dos quais 32,8% (n: 42) de origem varicosa; 62,5% realizaram terapêutica endoscópica. Scores de Rockall clínico, Blatchford e AIMS65 não revelaram acuidade satisfatória para prever necessidade de terapêutica endoscópica (AUROCs 0,55; 0,41; e 0,53 [$p > 0,05$] respetivamente). Adotando *cut-offs* originais, os scores de Rockall clínico (VPP 65,2%, VPN 43,8%, acuidade 64,1%), AIMS65 (VPP 64,7%, VPN 63,1%, acuidade 49,1%) e Blatchford (VPP 62,5%, acuidade 62,5%) revelaram baixa acuidade para prever necessidade de terapêutica endoscópica. Os scores AIMS65 ≥ 2 (média 7,5 vs 4,9 dias [$p < 0,01$]) e ASA > 2 (média 6,7 vs 4,7 dias [$p < 0,001$]) associam-se a maior tempo de internamento.

Conclusões: 1) AIMS65 não prediz com acuidade a necessidade de terapêutica endoscópica; 2) doentes classificados de alto risco através do score AIMS65 têm maior tempo de internamento; 3) classificação ASA tem capacidade semelhante de prever tempo de internamento.

32. HEMORRAGIA DIGESTIVA OSCURA E ENTEROSCOPIA POR VIDEOCÁPSULA NEGATIVA: QUAL A MELHOR ABORDAGEM?

R. Herculano, S. Marques, I. Chapim, S. Santos, C. Chagas, L. Matos

Hospital Egas Moniz/CHLO.

Introdução: A enteroscopia por videocápsula (EVC) é actualmente aceite como o exame de primeira linha na investigação da hemorragia digestiva obscura (HDO). Os estudos efectuados até à data divergem relativamente às implicações clínicas de uma EVC negativa.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes referenciados para EVC no nosso Centro por HDO, cujo exame não revelou alterações relevantes. As características clínicas dos doentes e os dados de seguimento (novos achados, realização de terapêutica específica ou sintomática, recuperação da anemia) foram comparados entre os doentes com HDO manifesta (HDO-M) e oculta (HDO-O), num período mínimo de um ano.

Resultados: Entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2010, 371 doentes efectuaram EVC por HDO (125 manifesta e 246 oculta). O exame foi normal/achados irrelevantes em 39 (31,2%) e 73 (29,6%)

dos doentes com HDO-M (76,59% por melenas) e HDO-O, respectivamente. A idade média entre grupos foi semelhante (67 anos). Os doentes referenciados para HDO-O eram na sua maioria do sexo feminino (67,2%) em oposição aos doentes com HDO-M (53,8% do sexo masculino). Conseguiu-se obter dados de seguimento em 88 doentes (28 com HDO-M e 60 com HDO-O). O tempo médio de seguimento foi de 22,6 meses. Neste período 14 (50%) doentes com HDO-M apresentaram novos achados significativos nos exames endoscópicos. No grupo HDO-O verificaram-se novos achados em apenas 10 doentes (17%). Em ambos os grupos a maioria dos achados foi angiectasias (17 doentes), diagnosticadas na sua maioria endoscopia digestiva alta (71%). Em 15 doentes foi necessário recorrer a terapêutica específica (ablação por argon plasma). A maioria recuperou da anemia (78,5%- HDO-M versus 85% HDO-O), tendo apenas efectuado tratamento sintomático (84%).

Conclusões: Este estudo sugere que após dos doentes com HDO, principalmente oculta, recupera apenas com terapêutica sintomática. Não obstante, deverá existir uma vigilância mais apertada nos doentes com HDO manifesta.

33. IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PNEUMOLÓGICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ? REVISÃO DA ARTICULAÇÃO DE DUAS CONSULTAS

T. Pinto- Pais, S. Campaíña, C. Fernandes, S. Ribeiro, J. Silva, S. Fernandes R., Pinho, A.P. Silva, S. Leite, L. Alberto, I. Amara, R. Duarte, J. Carvalho, J. Fraga

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

Introdução: Os pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) elegíveis para tratamento com antagonistas dos fatores de necrose tumoral (anti-TNF) ou outro imunossupressor devem realizar rastreio de tuberculose, conforme as recomendações da European Crohn's and Colitis Organisation. Em Portugal, existem poucos dados disponíveis relativos acerca da necessidade, eficácia e segurança da terapêutica preventiva para tuberculose em DII.

Objectivo: Caracterizar a população de doentes com DII enviados à consulta de Pneumologia - Centro de Diagnóstico Pneumológico, e avaliar a segurança na qualificação dos pacientes para tratamento biológico e/ou imunossupressor.

Métodos: Análise retrospectiva dos pacientes com diagnóstico de DII candidatos a terapêutica biológica (infliximab ou adalimumab) ou outro imunossupressor (azatioprina/mercaptopurina), enviados à consulta de Pneumologia - CDP, entre 2008-2011. Colhidos dados demográficos, epidemiológicos, clínicos e analíticos. O programa de rastreio inclui questionário de sintomas, história de contactos com tuberculose, teste tuberculínico, "interferon-gamma-release-assays" (IGRA), radiografia torácica, bem como revisão de biopsias intestinais. Registo dos regimes terapêuticos utilizados e efeitos colaterais.

Resultados: Foram incluídos 105 pacientes com o diagnóstico de DII, 35,5 anos (18-85) de média de idades no momento da avaliação, e semelhante distribuição pelos sexos. Apresentavam Doença de Crohn 81% dos doentes, e os restantes Colite ulcerosa, com 30,6 anos (14-73) de idade média ao diagnóstico. 23,8% (n = 25) iniciaram terapêutica preventiva por sendo o esquema terapêutico utilizado a Isoniazida 300 mg/dia. Houve necessidade de suspender o tratamento por hepatotoxicidade (subida de transaminases: 3xLSN sintomática ou 5xLSN assintomática) em 5 doentes (20%). Nenhum doente desenvolveu tuberculose doença após o início da terapêutica biológica.

Conclusões: Articulação das consultas de Gastrenterologia com Pneumologia - CDP através do protocolo descrito permitiu-nos realizar com segurança o tratamento biológico e/ou imunossupressor, sem qualquer caso de tuberculose ativa durante o tratamento.

34. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA NOS CASOS FAMILIARES E ESPORÁDICOS DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

J. Magalhães, F. Dias de Castro, M.J. Moreira, S. Leite, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães.

Introdução: Estudos populacionais têm demonstrado que familiares de doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) têm maior risco de desenvolver a mesma condição clínica.

Objectivo: Comparar características clínicas e evolução da doença entre casos familiares e esporádicos de DII.

Métodos: Estudo retrospectivo comparando idade de diagnóstico, terapêuticas médicas e cirúrgicas, número de internamentos e hábitos tabágicos, entre 29 pacientes com DII e história familiar positiva para DII (11 doentes com Colite Ulcerosa (CU) e 18 doentes com doença de Crohn (DC)), com 68 casos esporádicos de DII. O teste exacto de Fisher foi usado para estudo de associações univariadas. Considerou-se o nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: Nos doentes com história familiar a concordância para o tipo de doença foi de 61% ($n = 11$) e 45% ($n = 5$) para DC e CU, respectivamente. A idade de diagnóstico nos doentes com história familiar foi significativamente mais jovem ($32,03 \pm 12,26$ anos) que nos casos esporádicos ($40,44 \pm 16,98$ anos) com DII ($p = 0,04$). Nos doentes com história familiar foi significativamente menos frequente a necessidade de corticoterapia ($p = 0,006$), internamento ($p = 0,040$) e terapêutica com biológicos ($p = 0,009$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre casos familiares e esporádicos em relação ao tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico, proporção de fumadores e necessidade de cirurgia.

Conclusões: Doentes com história familiar de DII caracterizam-se pelo diagnóstico da doença em idades mais jovens e por uma menor gravidade da doença, traduzida por um menor número de internamentos e por uma menor necessidade de utilização de corticosteroides e/ou terapêutica biológica. Familiares afectados podem desenvolver um dos dois tipos de DII, sendo na nossa série e nos casos de Doença de Crohn, maioritário o aparecimento da mesma doença que no caso índice.

35. IMPACTO DA ENTEROGRAFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA ABORDAGEM DA DOENÇA DE CROHN DO DELGADO

P. Figueiredo, C. Cardoso, M. Ramalho, M.J. Barata, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O envolvimento do intestino delgado pela doença de Crohn (DC) é um importante factor de morbilidade, condicionando o prognóstico. A enterografia por ressonância magnética (MRE) tem um papel estabelecido na avaliação do intestino delgado permitindo a visualização simultânea do envolvimento luminal, mural e extra-intestinal da doença, sem expor o doente a radiação ionizante. O objectivo deste trabalho foi avaliar o impacto da MRE na abordagem clínica da DC.

Métodos: Pesquisaram-se os dados clínicos e das MRE realizadas em doentes com DC desde Janeiro 2008 a Junho 2011 na nossa instituição. Para avaliar o impacto da MRE identificaram-se doentes nos quais a MRE conduziu a alterações no tratamento.

Resultados: Foram incluídos 61 doentes com 76 MRE (25 homens, 36 mulheres; idade $36,6 \pm 15,3$ anos). Os doentes foram submetidos a MRE 7,9 anos ($\pm 8,3$ anos) após o diagnóstico, sendo a MRE realizada no primeiro ano de doença em 13 doentes. O propósito da MRE foi identificar envolvimento do intestino delgado em 48,6% casos, reavaliando lesões previamente conhecidas em 21,6% casos ou confirmar a suspeita de complicações em 29,7%. Em 17,6% casos não foi detectada actividade da doença. Em 44,6% casos foi encontrada

actividade da doença/inflamação e em 35,1% casos detectou-se actividade da doença associada a complicação de DC (fístula, estenose, abcesso). Em 2,7% dos casos foi identificada complicação de DC sem actividade da doença. A MRE levou a modificação no tratamento farmacológico em 42% casos e em 11,6% a uma opção cirúrgica. Em 39,1% dos casos a MRE não alterou a abordagem e em 6,6% casos optou-se por prosseguir o estudo diagnóstico.

Conclusões: A análise revelou que nos doentes com DC a MRE forneceu dados relativos à sua actividade e/ou complicação, consubstanciando uma alteração da abordagem terapêutica na maioria (53,6%) dos doentes.

36. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDÁRIA À DRENAGEM ESPONTÂNEA DE ABCESSO PARA O TUBO DIGESTIVO

D. Fernandes, P. Duarte, S. Jardim, M. Ferreira, C. Vicente, R. Ramos, C. Casteleiro Alves

Centro Hospitalar Cova da Beira.

A hemorragia digestiva alta tem como principais causas a doença ulcerosa péptica e a ruptura de varizes esofagogástricas, no entanto, outras causas menos comuns podem estar na sua origem. Doente do sexo feminino com 58 anos e antecedentes de diabetes mellitus insulinotratada, bócio multinodular, síndrome depressivo e colecistectomia laparoscópica por litíase vesicular há aproximadamente 3 semanas. Recorre ao serviço de urgência por quadro clínico caracterizado por hematemese de sangue vermelho escuro e dor abdominal no hipocôndrio direito, com 5 horas de evolução. Ao exame físico destacava-se febre (38°C) e massa na região epigástrica/hipocôndrio direito com aproximadamente 5 cm, dolorosa à palpação. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrômica (Hb $8,9$ g/dL), leucocitose com neutrofilia, elevação da proteína C reactiva e dos marcadores de disfunção hepatocelular e colestase. Realizou endoscopia digestiva alta, que revelou hemorragia em toalha proveniente de um vaso visível no vértice duodenal, que se controlou com escleroterapia com adrenalina diluída 1:10.000 (8 cc). Posteriormente constatou-se que se tratava de um vaso justa um orifício que drenava conteúdo purulento. A ecografia abdominal mostrou duas colecções inflamatórias, uma na loca vesicular com 15 mm e outra na pequena curvatura gástrica com 60 mm, depois confirmadas em estudo tomográfico. A doente ficou internada no serviço de cirurgia para tratamento, tendo cumprido 2 semanas de antibioterapia. Teve alta assintomática e até a data, não teve recorrência hemorrágica. O interesse do presente caso clínico prende-se com a forma peculiar de apresentação de uma complicação pós-colecistectomia laparoscópica. Expõe-se iconografia endoscópica e imagiológica.

37. DIAGNÓSTICO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII) HEPATITE C CRÓNICA (HEPC) COM INTERFERÃO PEGUILO E RIBAVIRINA (PEGR): COINCIDÊNCIA OU CONSEQUÊNCIA?

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

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: Os efeitos colaterais da terapêutica com PegR incluem exacerbação ou indução de doenças autoimunes com consequência do aumento do ratio T-helper 1/T-helper 2 (Th1/Th2). Este mecanismo imunológico poderá explicar o aparecimento de doenças autoimunes onde prevalece uma resposta do tipo Th1, como é o caso da doença de Crohn (DC). Por outro lado, a suspensão

Tabela 37.

Sexo; idade	Tipo DII	Classif. Montreal	Tempo entre início PegR e início de sintomas de DII	Terapêutica DII	História familiar de DII
M; 48	CU	E2	12 meses	Mesalazina	—
M; 39	DC	A2L2B1p	8 meses	Azatioprina	Mãe com CU
F; 51	DC	A3L1B1	3 meses	Azatioprina	Filho com DC

do tratamento produz um aumento do padrão Th2, o que poderá favorecer o aparecimento de Colite Ulcerosa - CU (onde predomina uma resposta do tipo Th2). Com base nestes mecanismos fisiopatológicos surgiram na literatura relatos de DII, provavelmente induzida pelo tratamento com peginterferão e ribavirina, contabilizando-se, até à data, 13 casos reportados.

Caso clínico: Reportamos 3 casos clínicos (tabela) de doentes com HepC, 2 com genótipo 1 e 1 com genótipo 3, tratados com PegR durante 48 semanas (genótipo 1) e 24 semanas (genótipo 3), todos com resposta virológica mantida 6 meses após o término da terapêutica.

Conclusões: Nos casos apresentados, o intervalo de tempo entre a terapêutica para a HepC e o aparecimento dos sintomas de DII, sugere uma relação entre os dois acontecimentos. Persiste a dúvida se a terapêutica da HepC poderá, pelos mecanismos imunológicos descritos, ser um “trigger” de DII, especialmente em doentes com antecedentes familiares.

38. PSORÍASE EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII) INDUZIDA PELA TERAPÊUTICA COM ANTI-FATOR DE NECROSE TUMORAL (ANTI-TNF)

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

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: Os anti-TNF utilizados na DII são também utilizados no tratamento da psoríase. Existem, no entanto, 171 casos reportados na literatura de psoríase induzida por esta terapêutica em doentes com DII.

Objectivo e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com DII que desenvolveram psoríase durante o tratamento com anti-TNF entre 2001 e 2012. Descrevem-se características como: (1) tipo de DII; (2) terapêutica concomitante com imunossuppressores; (3) anti-TNF utilizado; (4) tempo de medicação até surgimento da psoríase; (5) localização das lesões cutâneas e (6) terapêutica utilizada.

Resultados: Foram incluídos 11 doentes de um total de 132 doentes com DII tratados com agentes anti-TNF entre 2002 e 2012 (infliximab 88; adalimumab 44): 8 mulheres (73%); idade média 38 anos: 1) Tipo de DII: Doença de Crohn (DC) 10; Colite Ulcerosa (CU) 1. 2) Na altura do aparecimento de psoríase, apenas 1 doente com terapêutica combinada imunossuppressores/anti-TNF. 3) Anti-TNF implicado: Infliximab 9; Adalimumab 2. 4) Tempo médio de medicação até surgimento da psoríase (meses): 11,8 (mínimo 2; máximo 32). 5) Localização das lesões cutâneas (alguns doentes com várias regiões atingidas): Couro cabeludo 82%; Palmoplantar 55%; Superfícies extensoras 36%; Tronco 18%; Pavilhões auriculares 18%; Face 9%. 6) Todos os doentes foram tratados com tópicos (Betametasona + Calcipotriol), resposta: completa 27%; parcial 46%; nula 27%. Em 5 doentes (45%) foi necessário suspender anti-TNF pela psoríase (todos melhoraram da doença dermatológica após suspensão), nenhum destes foi tratado com outro anti-TNF.

Conclusões: A incidência de psoríase induzida pelos anti-TNF em doentes com DII foi de 8,3%. É uma reação paradoxal que pode

ocorrer vários anos após o início do anti-TNF, podendo ser suficientemente grave para obrigar a descontinuação do biológico. 91% dos doentes com monoterapia anti-TNF na altura do aparecimento das lesões cutâneas; em 55% foi possível continuar o anti-TNF controlando a doença dermatológica com tópicos.

39. POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: CARACTERIZAÇÃO DE TUMORES DESMÓIDES COMO MANIFESTAÇÃO EXTRA-CÓLICA

J. Dinis Silva^{2,6}, I. Rosa^{1,2}, P. Lage^{1,2}, I. Claro^{1,2}, P. Fidalgo², B. Filipe⁵, S. Ferreira^{1,2}, P. Rodrigues¹, P. Chaves³, J. Venâncio⁴, C. Albuquerque⁵, A. Dias Pereira²

¹Clinica de Risco Familiar; ²Serviço de Gastroenterologia; ³Serviço de Anatomia Patológica; ⁴Serviço de Imagiologia; ⁵U.I.P.M., do IPOLFG, EPE. ⁶Serviço de Gastroenterologia, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.

Introdução e objectivo: Os tumores desmóides (TD) são proliferações benignas de miofibroblastos, podendo ter localmente um comportamento agressivo. São entidades raras, que ocorrem maioritariamente de forma esporádica, mas surgem também como manifestação extra-cólica da Polipose Adenomatosa Familiar do cólon (PAF). Neste estudo, pretendeu-se caracterizar os TD em doentes com PAF, nomeadamente a sua evolução clínica e resposta ao tratamento.

Métodos: Foram incluídos 68 doentes pertencentes a 37 famílias com PAF e mutação germinal patogénica no gene APC. Analisaram-se os dados demográficos, os relacionados com o diagnóstico e terapêutica dos TD.

Resultados: Desenvolveram TD 11/68 (16%) doentes com PAF (6 do sexo masculino, média de idades-35 anos), após um tempo médio de seguimento de 8 anos. Apenas um doente apresentou forma atenuada de PAF (< 100 adenomas), sem outras manifestações extra-cólicas. Quatro famílias apresentaram dois casos de TD. Em 9/11 (82%) doentes, a localização do TD foi exclusivamente intra-abdominal, tendo o diagnóstico sido efectuado, na maioria dos casos, cerca de dois anos após cirurgia abdominal. O mesmo foi imagiológico em 7/11 (64%) e histológico nos restantes doentes. A cirurgia foi utilizada como terapêutica primária apenas num caso, tendo os outros efectuado, maioritariamente, o anti-inflamatório sulindac associado a tamoxifeno. Sete doentes apresentaram resposta completa/estabilização da doença, 2 progressão e os restantes 2 ainda não foram reavaliados. Registou-se recidiva no caso submetido a cirurgia, o qual conjuntamente com os que apresentaram progressão foram tratados por quimioterapia e cirurgia. Com um tempo médio de vigilância de 103,5 meses (2-204), 2 doentes faleceram por complicações locais do TD.

Conclusões: Os TD associados à PAF apresentaram agregação familiar e foram diagnosticados, na maioria dos casos, dois anos após colectomia profiláctica, podendo esta ter constituído um factor etiológico. A terapêutica farmacológica foi utilizada preferencialmente como primeira linha, tendo permitido controlar a doença em mais de metade dos casos.

40. HELICOBACTER PYLORI: DEVERÃO TODOS OS DOENTES OBESOS REALIZAR PESQUISA NA AVALIAÇÃO PRÉ CIRURGIA BARIÁTRICA?

S. Giestas¹, R. Ferreira¹, J. Carvalheiro¹, A. Fernandes¹, M. Ferreira¹, S. Mendes¹, Z. Romão¹, E. Panão¹, M.J. Campos¹, C. Agostinho¹, M. Agudez², A. Figueiredo², R. Mesquita¹, C. Sofia¹

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

Introdução: A pesquisa (e tratamento se positiva) da infecção por *Helicobacter pylori* (Hp) tem sido recomendada como rotina na avaliação prévia a cirurgia bariátrica, de modo a reduzir complicações no pós-operatório (úlceras marginais, hemorragia, estenoses). Porém, esta indicação continua controversa, sobretudo nos doentes sem alterações na mucosa gastroduodenal na endoscopia digestiva alta (EDA) pré-operatória.

Objectivo: Identificar a prevalência da infecção por Hp em doentes com obesidade mórbida sem achados endoscópicos significativos pré cirurgia bariátrica.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com obesidade mórbida candidatos a cirurgia bariátrica que realizaram biópsias para pesquisa de Hp durante a EDA prévia à intervenção cirúrgica, no período compreendido entre 01/09/2010 a 31/09/2011. Excluídos os doentes com achados endoscópicos significativos (gastroduodenopatia erosiva, úlcera gastroduodenal). A erradicação foi determinada por teste respiratório de urease 34 ± 5,2 dias após completar esquema terapêutico.

Resultados: Incluídos 126 doentes, dos quais 80,9% (n = 102) do sexo feminino, com idade média 41,5 ± 10,8 anos, IMC médio 44 ± 3,5 kg/m². Co-morbilidades presentes em 87,3% (n = 110) (hipertensão arterial 69,8%; diabetes mellitus tipo 2 31,7%; dislipidemia 44,5%; síndrome da apneia do sono 57,1%; esteatose hepática no estudo ecográfico 64,3%; litíase vesicular 24,6%; síndrome metabólico 77,8%). A pesquisa de Hp foi positiva em 70,6% (n = 89) dos doentes, os quais foram submetidos a terapia tripla (omeprazol 20 mg, claritromicina 500 mg, amoxicilina 1 g; 2id-14 dias) com taxa de erradicação de 87,6% (n = 78). Os onze doentes que não responderam ao primeiro tratamento de erradicação realizaram segundo ciclo de tratamento (omeprazol 20 mg, claritromicina 500 mg, metronidazol 400 g; 2id-14 dias) com taxa de erradicação de 100%.

Conclusões: Nesta amostra verificou-se uma prevalência de infecção por Hp nos doentes sem alterações endoscópicas significativas similar população portuguesa. Deste modo, dada a elevada prevalência de infecção por Hp no nosso país deve-se considerar realizar pesquisa pré-operatória em todos os candidatos a cirurgia bariátrica (de modo tentar prevenir complicações pós-cirúrgicas).

41. USO INAPROPRIADO DE IBP NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

S. Ribeiro, D. Trabulo, J. Bathy, I. Cremers, A.P. Oliveira, E. Pedroso

Serviço de Gastrenterologia; Serviço de Medicina Interna, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal.

Os inibidores da Bomba de Prótons (IBP) são os agentes mais eficazes na redução da secreção ácida gástrica. Apesar de haver indicações bem definidas para o seu uso, muitas vezes estas são ignoradas. O estudo pretende avaliar a prescrição de IBP numa enfermaria de Medicina Interna, determinar se o seu uso em profilaxia é apropriado e qual o impacto financeiro associado. Foi realizado um estudo prospectivo e observacional, na enfermaria

de um Serviço de Medicina Interna, nos meses de Agosto e Setembro de 2011. Analisaram-se todos os pacientes hospitalizados, com idade acima de 18 anos e que iniciaram IBP nas primeiras 72 horas de internamento. Identificou-se a sub-população em que a prescrição foi realizada profilacticamente e o seu uso foi avaliado. As indicações adequadas foram previamente definidas baseando-se em guidelines internacionais do American College of Gastroenterology. Aplicou-se simultaneamente o índice de comorbilidades de Charlson apenas ao grupo em que foi feito IBP inapropriadamente. Dos 343 doentes internados no serviço nesse período, 186 realizaram IBP profilacticamente, sendo que em 74 (39,8%) não havia indicação para prescrição e dos 112 doentes restantes, 25 fizeram uso endovenoso de forma inapropriada. A maioria dos doentes que receberam IBP sem indicação tinha idade igual ou superior a 70 anos (p < 0,001) e a aplicação do índice de Charlson demonstrou que este grupo não apresentava mais comorbilidades (índice médio = 1,68). Com relação à duração de utilização de IBP e à demora média, não houve diferença estatisticamente significativa nos dois grupos. O custo inapropriado de utilização foi de 465,28 euros. Esta amostra representa aproximadamente 10% dos doentes que realizaram IBP no Serviço, durante o ano de 2011. Esse estudo mostra que o uso de IBP em doentes não críticos é muitas vezes desnecessário e resulta num aumento significativo dos custos. A implementação de Normas Clínicas é essencial para o uso racional dos IBP.

42. INTENSIFICAÇÃO DE DOSE NA ERA BIOLÓGICA DA DII - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

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

Hospital de Braga.

Introdução: A intensificação de dose no tratamento da Doença Inflamatória Intestinal (DII) e os factores preditores desta escalada terapêutica têm sido alvos de estudo sem resultados consensuais. Existem também poucos dados sobre a eficácia e o potencial aumento de efeitos secundários nesta estratégia. O objectivo deste estudo foi avaliar a necessidade de intensificação de dose nos doentes com DII sob terapêutica biológica num centro terciário.

Métodos: Levantamento retrospectivo de dados clínicos, analíticos e laboratoriais dos doentes com DII sob terapêutica biológica no ano de 2011. A intensificação de dose definiu-se tanto pelo encurtamento do intervalo entre administrações como pelo aumento da dose/kg.

Resultados: Foram avaliados 95 doentes (50 mulheres/45 homens, idade média 39 ± 13 anos) com DII (71 DC e 22 CU) sob terapêutica biológica - 68 medicados com infliximab (45 DC e 21 CU) e 27 com adalimumab (26 DC e 1 CU). 46 doentes estavam medicados previamente com azatioprina (48%). Após boa resposta inicial, vinte e um doentes necessitaram de intensificação de dose - 16 doentes medicados com infliximab (8 DC e 8 CU) e 5 doentes medicados com adalimumab (5 DC). A necessidade de intensificação da dose associou-se significativamente a PCR elevada (Teste χ^2 , p = 0,005) e a ausência de cicatrização da mucosa (Teste χ^2 , p = 0,017). A intensificação da dose não esteve associada a aumento de efeitos secundários. O uso concomitante de imunomoduladores não interferiu com a necessidade de intensificação de dose.

Conclusões: Este estudo aponta para a necessidade de intensificação de dose em 15% dos casos de DII sob terapêutica biológica, em concordância com outras séries publicadas. Foram preditores de necessidade de intensificação de dose a PCR elevada e a ausência de cicatrização da mucosa. Não se verificou associação com aumento dos efeitos secundários nem com terapêutica imunomoduladora concomitante.

43. ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NOS DIFERENTES SEGMENTOS DO DELGADO NA DOENÇA DE CROHN: CORRELAÇÃO ENTRE BIOMARCADORES, ENDOSCOPIA E SCORE DE LEWIS

M. Marques¹, F. Magro¹, H. Cardoso¹, B. Rosa², M.J. Moreira², S. Rodrigues¹, A. Rebelo¹, A. Albuquerque¹, S. Lopes¹, C. Dias³, J. Cotter², G. Macedo¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital S. João, Porto. ²Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

³Serviço de Bioestatística e Informática Médica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: A mudança do paradigma na terapêutica da doença de Crohn (DC) e a capacidade da enteroscopia por cápsula (EC) na detecção de lesões precoces têm realçado o seu papel na DC. Objectivo: Avaliar a correlação entre biomarcadores e endoscopia e o score de Lewis (SL) em cada tercil em doentes com DC submetidos a EC.

Métodos: Estudo transversal e multicêntrico onde foram avaliadas 158 enteroscopias por cápsula classificadas sistematicamente com o SL, em doentes diagnosticados com a DC entre 2003 e 2012. Obtiveram-se os valores analíticos à data de diagnóstico e da EC, e os achados endoscópicos mais próximos da data de realização desta última. As correlações foram calculadas usando o teste de Pearson e foram estratificadas de acordo com o tercil.

Resultados: 74% dos doentes eram A2, 67% L1 e 74% B1; 57% realizaram corticoterapia nos primeiros 6 meses de doença e 5% tinham história familiar de DII. A frequência de envolvimento nos 2 primeiros tercis foi de 54% em doentes com SL > 135. No 1º tercil foram encontradas correlações entre o SL e a ferropenia ao diagnóstico ($p = 0,039$) e os níveis séricos reduzidos de albumina ($p = 0,028$) e aumentados de PCR ($p = 0,013$) à EC. A actividade inflamatória moderada/grave (valor ≥ 790) no SL no 1º tercil foi correlacionada com lesões no cego e ascendente ($p = 0,212$), no transversal ($p = 0,105$), no sigmóide ($p = 0,017$) e no recto ($p = 0,001$).

Conclusões: Foi avaliado de forma sistemática o SL nos diferentes tercis na DC, constatando-se uma correlação entre o envolvimento do tracto digestivo superior e biomarcadores e achados endoscópicos, relevando a importância da EC na DC.

44. PREDITORES DE SEVERIDADE DA COLITE ISQUÉMICA: REVISÃO DE 371 INTERNAMENTOS

A. Oliveira, T. Correia, S. Lopes, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objectivo: A colite isquémica (CI) é o distúrbio vascular intestinal mais comum, apresentando grande variabilidade clínica e diferentes graus de severidade. O objectivo desta revisão é a análise dos preditores precoces de gravidade da CI.

Métodos: Estudo retrospectivo dos internamentos por CI num hospital terciário (Serviço de Gastroenterologia), durante um período de 12 anos. Colheita de dados clínicos, laboratoriais e endoscópicos, com divisão dos doentes de acordo com o resultado final: Grupo A (CI moderada) - doentes com evolução favorável sob terapêutica médica e Grupo B (CI severa) - doentes submetidos a cirurgia ou falecidos.

Resultados: A mediana de idade dos 371 doentes (85M e 286F) é de 77 anos, sendo 37 do grupo B. Não existem diferenças demográficas entre os grupos. Os factores de risco clássicos para CI estão presentes em 83% dos doentes, sendo a insuficiência renal crónica e cirurgia recente mais frequentes no grupo B ($p < 0,001$). A apresentação clínica foi semelhante em ambos os grupos, sendo a febre persistente, instabilidade hemodinâmica e sinais de irritação peritoneal mais frequentes na CI severa ($p < 0,001$). Analiticamente, anemia (28,4% vs 59,5%, $p < 0,001$), hiperglicemia (40,1% vs 64,9%,

$p < 0,005$), hiponatremia (19,2% vs 35,1%, $p < 0,05$) e insuficiência renal crónica (22,2% vs 70,3%, $p < 0,001$) são mais frequentes na CI severa. A LDH apresenta-se elevada (valor médio de 438 mg/dl) em 81% dos doentes do grupo B (vs 41%, $p < 0,001$). Apenas a localização no cólon direito é diferente entre os grupos (9,0% vs 21%, $p < 0,01$). Existe diferença entre o tempo médio de internamento (8,5 vs 15,2 dias, $p < 0,001$). Ocorreram 32 re-internamentos por CI, sendo 18 pertencentes inicialmente ao grupo B.

Conclusões: O envolvimento do cólon direito, comprometimento da função renal, anemia e elevação de LDH podem constituir factores preditores de mau prognóstico na CI. Outros sinais como defesa abdominal, instabilidade hemodinâmica e febre associam-se igualmente a CI severa.

45. TOLERÂNCIA À 6-MERCAPTOPYRINA EM DOENTES COM DII INTOLERANTES À AZATIOPRINA

L. Eliseu, F. Portela, P. Andrade, P. Freire, M. Ferreira, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A azatioprina (AZA) é um fármaco com eficácia comprovada para manutenção da remissão na doença inflamatória intestinal (DII), contudo até 20% dos doentes interrompem a terapêutica pelos seus efeitos adversos. Neste contexto, a 6-mercaptopurina (6-MP), metabolito da AZA, poderá representar uma alternativa viável.

Objectivo: Avaliar a tolerabilidade da 6-MP nos doentes com intolerância à AZA e caracterizar as respectivas reacções adversas ocorridas.

Métodos: Selecção retrospectiva dos doentes com DII intolerantes à AZA medicados com 6-MP, num período de 10 anos. Colheita de dados a partir da consulta de registos clínicos. Análise estatística descritiva.

Resultados: Identificados 21 doentes tratados com 6-MP por DII, sendo 61,9% do sexo feminino, com média de idades de $34,7 \pm 11,9$ anos. Diagnóstico de doença de Crohn em 12, colite ulcerosa em 7 e colite não classificada em 2 doentes. O motivo de suspensão da AZA foi predominantemente a sintomatologia gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal), em 11 casos. Verificou-se intolerância à 6-MP, com necessidade de descontinuar a terapêutica, em 13 doentes (61,9%): 7 por queixas digestivas (náuseas, vômitos e dor abdominal), 3 por reacção de hipersensibilidade (febre e artralgias), 1 por toxicidade hematológica (anemia) e 1 por hepatotoxicidade (elevação das transaminases); não se obtiveram dados para 1 doente. Nos doentes intolerantes à 6-MP, as reacções adversas surgiram sobretudo no primeiro mês de tratamento (53,8%), com doses máximas de 50 mg/dia (53,8%). Dos 8 doentes com tolerância à 6-MP, 6 obtiveram resposta e mantêm-se sob terapêutica (follow-up médio de 78 ± 76 meses, 11-221), com doses de 75 a 100 mg/dia.

Conclusões: A intolerância à 6-MP é frequente nos doentes com DII intolerantes à AZA. Ainda assim, atendendo às opções terapêuticas limitadas e dispendiosas nesta patologia, a 6-MP pode constituir uma alternativa aceitável a equacionar.

46. VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA ACUIDADE DIAGNÓSTICA E IMPLICAÇÕES NA TERAPÊUTICA - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE GASTREENTEROLOGIA

L. Ricardo, C. Rodrigues, F. Cardoso, A. Oliveira, L. Santos, A. Martins, J. Felix, J. Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora-Sintra.

Introdução: A videocápsula endoscópica (VCE) veio revolucionar a investigação da patologia do intestino delgado, permitindo, em

alguns doentes, interferir na abordagem terapêutica e prognóstica.

Objectivo: Determinar a acuidade diagnóstica da VCE de acordo com as indicações e avaliar eventuais alterações na abordagem terapêutica decorrentes da sua realização.

Métodos: Estudo retrospectivo respeitante à realização da VCE num período de 3 anos (2009-2011).

Resultados: Foram efectuados no total 115 procedimentos, em 110 doentes, sendo 55% do sexo masculino (n = 61). As indicações para a realização do exame foram: anemia ferropénica - 53% (n = 61); hemorragia digestiva obscura manifesta (HDOM) - 32% (n = 37); outras indicações - 15% (suspeita de Doença de Crohn n = 12; síndromes de polipose intestinal n = 5). Todos os procedimentos decorreram sem intercorrências, sem nenhum caso de retenção da cápsula. A acuidade diagnóstica global foi 71,3%, sendo de 67,6% na HDOM e de 80,3% na anemia ferropénica. A prevalência dos achados foi a seguinte: alterações inflamatórias (erosões, úlceras, estenoses) - 33,9% (n = 39); lesões vasculares - 26,9% (n = 31); tumores - 5,2% (n = 6); pólipos - 2,6% (n = 3). Do total de exames diagnósticos 81% motivaram uma atitude terapêutica específica.

Conclusões: A acuidade diagnóstica global da VCE foi elevada, sendo a anemia ferropénica a indicação com maior percentagem de exames diagnósticos. Verificou-se uma implicação directa na decisão terapêutica em 81% dos exames diagnósticos, com impacto favorável no prognóstico dos doentes.

47. INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

A. Oliveira, P. Dias, P. Souto, J. Diniz Vieira, J. Nascimento Costa

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objectivo: Os inibidores da bomba de protões (IBP) são utilizados na profilaxia da úlcera de stress em doentes hospitalizados. O objetivo deste estudo é avaliar a prescrição de IBP em doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna.

Métodos: Estudo retrospectivo de 100 doentes consecutivos com alta médica num período compreendido entre Novembro e Dezembro de 2011. Foi avaliada a prescrição de IBP previamente ao internamento, durante, e aquando da alta. Foi ainda avaliada a indicação para o uso de IBP de acordo com as recomendações atualmente existentes.

Resultados: Dois terços dos doentes eram do sexo feminino e com média de 77 anos. Trinta e quatro por cento estavam medicados com IBP antes do internamento e foi objetivada indicação em 1/5 destes. Dos que não estavam medicados, 3% teriam indicação para fazer IBP (p < 0,05). Durante o internamento 62% dos doentes fizeram IBP, dos quais, 43,5% tinham indicação. Nos que não fizeram, 23,7% teriam indicação para prescrição (p < 0,05). Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a prescrição de IBP no internamento e a presença de coagulopatia (p > 0,05). Aquando da

alta médica, dos doentes medicados com IBP, 14,6% tinha indicação. Dos que não tiveram prescrição de IBP, nenhum tinha indicação (p < 0,05). Todos os doentes medicados com IBP antes do internamento mantiveram esta medicação e dos que não faziam, 29,2% passaram a fazer (p < 0,05).

Conclusões: A prescrição de IBP é frequente antes, durante e após o internamento. No entanto, a maioria dos doentes não apresenta indicação evidente para o seu uso e alguns dos doentes com indicação para IBP não o fizeram.

48. SERÃO AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA COLITE ULCEROSA DIFERENTES DEPOIS DOS 60 ANOS?

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

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: As diferenças das características clínicas e fenotípicas da colite ulcerosa (CU) relacionadas com a idade ainda não estão bem estabelecidas. Várias publicações reportam dados discordantes quanto ao comportamento e curso da CU nos pacientes diagnosticados com mais de 60 anos.

Objectivo: Comparar as características clínicas e fenotípicas da CU, na altura do diagnóstico, em 3 grupos etários.

Métodos: Três coortes de doentes com doença inflamatória intestinal (DII) foram identificados a partir dos registos médicos da consulta especializada em DII do nosso centro, formando os seguintes grupos: (G1) 20-39, (G2) 40-59, (G3) > 60 anos. A análise estatística usada foi o Qui-quadrado de Pearson e o teste exacto de Fisher.

Resultados: Foram analisados 802 doentes com diagnóstico de DII, distribuídos da seguinte forma: G1 com 502 (62,6%), G2 com 226 (28,2%) e G3 com 74 (9,2%) doentes. Do total, 43,9% tinham diagnóstico de CU. Na comparação das frequências de CU entre grupos, verifica-se que a frequência da CU no G2 é significativamente mais baixa (p < 0,001) do que no G1 e G3 (37,1% vs 57,1%, 58,1%). As características da CU/grupo, na altura do diagnóstico, apresentam-se na tabela.

Conclusões: Na altura do diagnóstico, a CU depois dos 60 anos não se associou a diferenças fenotípicas nem epidemiológicas relativamente aos grupos de doentes mais jovens.

49. INTERNAMENTO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA NUMA UNIDADE GASTROENTEROLÓGICA

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

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

Introdução: A hemorragia digestiva (HD) constitui um dos principais motivos gastroenterológicos de internamento no mundo ocidental, contabilizando mais de um milhão de internamentos anuais nos EUA.

Tabela 48.

Ao diagnóstico da CU	G1 (N = 184)	G2 (N = 125)	G3 (N = 43)	p
Sexo Feminino (%)	58	48	46	> 0,05
História familiar de DII (%)	6	2	7	> 0,05
Fumadores (%)	14	6	8	> 0,05
Extensão (Classificação Montreal)				
E136	35	30	> 0,05	
E239	47	56	> 0,05	
E325	18	14	> 0,05	
Cirurgia (%)	6	3	2	> 0,05

Cerca de metade correspondem a hemorragias altas, 40% baixas e as restantes médias. Apesar dos avanços médicos, a taxa de mortalidade nas últimas décadas tem-se mantido relativamente constante, cerca de 5-10% nos casos de hemorragia severa, no contexto do envelhecimento populacional, com consequente aumento das comorbilidades e da toma de medicação de risco.

Objectivo: Caracterizar uma série recente de internamentos por HD numa unidade gastroenterológica.

Métodos: Análise retrospectiva dos internamentos por HD entre Fevereiro de 2009 e Setembro de 2011; recolha de dados demográficos, duração de internamento, forma de apresentação, etiologia, severidade (instabilidade hemodinâmica, queda de hemoglobina > 2 g/dL ou transfusão de ≥ 2 UCE), mortalidade e toma de medicação de risco (AINES/antiagregantes plaquetários).

Resultados: 381 internamentos (33,2% do total); 220 homens (57,7%); idade média 72,8 anos; duração média de internamento 7,9 dias. Apresentação com perdas hemáticas em 84,9% dos internamentos, anemia ferropénica em 15,1%. HD alta em 229 (60,1%) com destaque para úlcera péptica (92), neoplasia gástrica (39) e rotura de varizes esofágicas (31). HD baixa em 133 (34,9%) destacando-se cancro colo-rectal (35), colite isquémica (32) e hemorragia diverticular (16). HD média ou inconclusiva em 19 internamentos. Critérios de severidade em 73,7%. Mortalidade em 7,3%. Dos 92 doentes com úlcera péptica, 76 tomam medicação de risco, e destes apenas 12 medicados com inibidor da bomba de prótons.

Conclusões: A HD assume grande relevância na nossa unidade gastroenterológica, totalizando cerca de 1/3 dos internamentos. Destaca-se a origem alta no tubo digestivo em 60%, particularmente a úlcera péptica. A vasta maioria destes doentes, idosos, toma medicação de risco sem protecção gástrica concomitante. A taxa de mortalidade de 7,3% enquadra-se nos dados da literatura.

50. INCONTINÊNCIA FECAL PÓS PARTO - ACHADOS DA ECOGRAFIA ENDOANAL

D. Ferreira, F. Castro-Poças, P. Lago, T. Moreira, I. Pedroto

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

Introdução: Estudos recentes demonstraram uma correlação positiva entre as alterações endossonográficas do esfíncter anal encontradas no período pós-parto e a gravidade da incontinência fecal demonstrando a importância deste método de imagem na abordagem desta patologia.

Objectivo: Caracterizar os achados da ecografia endoanal (EE) ao nível do esfíncter anal interno (EAI) e externo (EAE) em pacientes primíparas com incontinência fecal pós parto.

Métodos: Analisados, retrospectivamente, os resultados das EE realizadas a pacientes primíparas com incontinência fecal pós parto no período entre 2005 e 2010.

Resultados: Foram realizadas um total de 46 EE a pacientes primíparas com incontinência fecal pós parto. Das 46 pacientes: 70% (n = 32) apresentavam lacerações esfíncterianas, 30% integridade destes esfíncteres, 52,2% (n = 24) laceração do EAI e 70% (n = 32) laceração do EAE. Quanto às lacerações do EAI as alterações apresentadas foram: 22 lacerações completas do EAI e 2 lacerações incompletas (todas com envolvimento do quadrante anterior). A laceração mais frequentemente encontrada localizou-se no canal anal superior (CAS) e médio (CAM) quadrante anterior e lateral esquerdo. Quanto às lacerações do EAE: 13 (40,6%) apresentava laceração completa; 19 (59,4%) incompleta; 3 isolada no CAS; 17 isolada no CAM; 12 ao longo de todo o canal anal. A laceração mais frequentemente encontrada foi a isolada do CAM quadrante anterior e lateral esquerdo adjacente (n = 11).

Conclusões: 70% das pacientes apresentava lacerações esfíncterianas. A maioria apresentava laceração simultânea do EAE e EAI. Este dado não está de acordo com a literatura em que as lacerações isoladas do EAE com preservação do EAI são referidas como sendo mais frequentes que a laceração conjunta destes dois esfíncteres. Uma percentagem significativa de pacientes apresenta laceração completa do EAI ao nível do CAM e CAS quadrantes anterior e lateral esquerdo o que está de acordo com a literatura existente.

51. TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL: PAPEL DA ECOGRAFIA DIGESTIVA NO DIAGNÓSTICO

A. Santos, V. Bettencourt, S. Usurelu, B. Pereira, E. Pereira, A. Caldeira, A. Loureiro, A. Banhudo

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são pouco frequentes, com uma incidência de 10 a 20 casos por milhão de habitantes/ano, representando menos de 1% das neoplasias malignas gastrointestinais. A sua evolução clínica é em grande parte influenciada pela forma de apresentação e características histopatológicas do tumor.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 82 anos, com antecedentes de Diabetes mellitus 2, Hipertensão arterial e Fibrilhação auricular, hipocoagulada com Varfarina, que foi internada no Serviço de Gastreenterologia, por quadro de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), sob a forma de melenas. Ao exame objectivo não apresentava alterações de relevo à excepção de palidez cutâneo-mucosa. Analiticamente Hb 9,6 g/dL, taxa de protrombina de 12% (INR 2,7), Ureia 154, Creatinina 2. Realizou endoscopia digestiva alta de urgência que revelou formação ovóide com cerca de 4 cm de maior diâmetro, revestida por mucosa de características normais, pediculada, móvel e com aparente base de implantação no fundo gástrico (Pólipo fibróide? GIST?), sem evidência de foco hemorrágico. Posteriormente e para melhor esclarecimento, realizou-se ecografia digestiva que mostrou, a nível da parede gástrica, um tumor hipocogénico, aparentemente na dependência da camada muscular, bem delimitado e de estrutura heterogénea, medindo cerca de 52 mm de diâmetro, provável GIST. A doente foi submetida a terapêutica cirúrgica, tendo sido realizada gastrectomia atípica com ressecção do tumor. Diagnóstico histológico: GIST gástrico.

Discussão: Os autores apresentam o caso de uma doente internada por episódio de HDA com origem num GIST. Salientam a importância da ecografia digestiva no diagnóstico e caracterização deste tipo de tumores, nomeadamente, no caso descrito em que pelas características da formação a eco-endoscopia não foi possível. A propósito do caso clínico, fazem uma breve revisão do tema. Apresenta-se o caso clínico pela riqueza e singularidade da iconografia nomeadamente a reconstrução ecográfica tridimensional e a elastografia em tempo real de GIST.

52. ESÓFAGO DE BARRETT - CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO

L. Ricardo, C. Rodrigues, F. Cardoso, A. Oliveira, L. Santos, E. Pires, J. Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora-Sintra.

Introdução: O Esófago de Barrett (EB) desenvolve-se como consequência da doença de refluxo gastroesofágico e constitui o maior fator de risco para o desenvolvimento do adenocarcinoma esofágico, pelo que se preconiza uma vigilância endoscópica com biopsias.

Objectivo: Caracterizar os doentes com EB seguidos em consulta nos últimos 5 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes seguidos em consulta de Gastrenterologia durante o período de Janeiro 2007 a Fevereiro de 2012, com o diagnóstico de EB. Foram analisados os seguintes parâmetros: sexo, idade ao diagnóstico, achados endoscópicos, diagnósticos histológicos e terapêuticas realizadas.

Resultados: Foram incluídos 106 doentes, 68,9% do sexo masculino (n = 73), com uma idade média à data do diagnóstico de 60,6 anos (31-87). Observou-se EB de segmento longo (> 3 cm) em 30,2% (n = 32). As alterações histológicas foram: metaplasia gástrica - 2,8% (n = 3); metaplasia intestinal - 86,8% (n = 92); displasia de baixo grau - 7,5% (n = 8); displasia de alto grau - 0,9% (n = 1) e adenocarcinoma - 1,9% (n = 2). Todos os doentes com displasia ou neoplasia tinham EB de segmento longo. Os doentes foram mantidos sob terapêutica com inibidor da bomba de prótons em dose dupla. Dois dos doentes com displasia de baixo grau foram submetidos a ablação por radiofrequência com eficácia terapêutica - substituição completa por epitélio estratificado pavimentoso. Os doentes com displasia de alto grau e adenocarcinoma foram submetidos a esofagectomia com sucesso terapêutico, com uma sobrevida de 100% aos 2 anos, sem evidência de recidiva tumoral.

Conclusões: 1. O diagnóstico de EB foi confirmado histologicamente em 86,8% dos doentes; 2. Apesar do EB de segmento curto constituir também fator de risco para o adenocarcinoma, na nossa população, o desenvolvimento de displasia e neoplasia apenas se verificou nos doentes com segmento longo; 3. A deteção precoce de adenocarcinoma permitiu um tratamento eficaz; 4. A ablação do EB com radiofrequência poderá, nos doentes com displasia, constituir uma terapêutica válida.

53. INFUSÕES RÁPIDAS DE INFLIXIMAB NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: EXPERIÊNCIA INICIAL

L. Roque-Ramos, L. Barbosa, J. Freitas

Serviço de Gastrenterologia e Hospital de Dia de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.

Introdução: O Infiximab é um anticorpo monoclonal utilizado na terapêutica da doença inflamatória intestinal (DII). Segundo as recomendações originais deve ser infundido em pelo menos 2 horas. Recentemente foi proposta a infusão de 1 hora em doentes seleccionados.

Objectivo: Determinar a segurança da infusão rápida de infiximab em doentes seleccionados e o tempo efectivo de infusão.

Métodos: Análise prospectiva das infusões de infiximab realizadas em todos os doentes com DII sob terapêutica de manutenção entre Novembro de 2011 e Fevereiro de 2012. Nos doentes sem reacções adversas em 3 infusões consecutivas de 2 horas as 2 infusões seguintes eram programadas para 1h30 e 1 hora. A análise dos dados foi realizada com o SPSS 19.

Resultados: Nos 4 meses do estudo realizaram-se 72 infusões em 35 doentes, a maioria com Doença de Crohn (65,7%) e do sexo masculino (51,4%). A mediana de idade foi de 34 anos (amplitude 20-70). Mais de 80% dos doentes estavam sob infiximab há pelo menos 1 ano. Todos os doentes foram pré-medicados com hidrocortisona. Vinte e quatro infusões foram programadas para 1h30 e 15 para 1 hora, não havendo qualquer reacção adversa. Nas infusões de 2 horas ocorreram 3 reacções autolimitadas (rubor facial, hipotensão e desconforto torácico). Em 33,3% das infusões rápidas os doentes estavam medicados com imunomoduladores. O tempo efectivo de infusão foi de 160, 100 e 70 minutos nas infusões programadas para 2 horas, 1h30 e 1 hora respectivamente.

Conclusões: A instituição de um protocolo de infusão acelerada de infiximab permite seleccionar para infusões de 1 hora doentes com menor risco de reacções agudas nos quais as infusões rápidas são seguras e bem toleradas. A redução do tempo de infusão reduz

o tempo de permanência hospitalar do doente e poderá aumentar o número de tratamentos realizados por dia.

54. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM IDADE PEDIÁTRICA

L. Ramos, F. Reis, M. Ferreira, J. Freitas

Seções de Gastrenterologia e Pediatria, Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A abordagem da doença inflamatória intestinal (DII) pediátrica alterou-se nas últimas décadas consequência da emergência da entero-ressonância magnética (RM) como método de estudo do delgado e aprovação do infiximab para doentes pediátricos com DII.

Objectivo: Estudar as características clínicas e a abordagem diagnóstica e terapêutica da população pediátrica com DII.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes pediátricos (≤ 17 anos) diagnosticados entre Outubro de 1991 e Setembro de 2011. Os dados foram tratados com o SPSS19.

Resultados: 33 casos de DII, 51,5% do sexo masculino e 66,7% com Doença de Crohn (DC). A mediana de idade no diagnóstico foi 12 anos. A apresentação mais frequente na DC foi a dor abdominal (63,6%) e a diarreia (54,5%) e na Colite ulcerosa (CU) a hematoquézia/rectorragia (80%). A DC era não estenosante não penetrante em 72,7%. A CU envolvia todo o cólon em 60%. Em 5 crianças (DC) constatou-se atraso de crescimento. A colonoscopia foi realizada em todos os casos e desde 2007 todos os doentes com DC fizeram endoscopia alta. Antes de 2004 o trânsito do delgado foi pedido em 84,6% e a RM em 6,3%. Depois de 2004 a percentagem de trânsitos foi 25% e de entero-RM 75%. A corticoterapia utilizou-se em 72,7% e a azatioprina em 57,6%. O infiximab foi iniciado em 6 doentes o primeiro em 2004. A nutrição entérica foi utilizada na indução terapêutica em 36,4% com início em 2000.

Conclusões: A DII em idade pediátrica pode ter um impacto negativo no crescimento principalmente na DC. O uso frequente de fármacos imunossupressores e a exposição a radiação ionizante são uma preocupação na abordagem destes doentes. A utilização crescente do infiximab e da nutrição entérica no tratamento vem reduzir o uso prolongado de corticoterapia. A entero-RM em substituição do trânsito do delgado permite diminuir a exposição à radiação ionizante.

55. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FENOTÍPICAS DA DOENÇA DE CROHN DEPOIS DOS 60 ANOS

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

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: A Doença de Crohn (DC) afecta predominantemente os jovens adultos, sendo pouco frequente o início da sintomatologia em indivíduos com mais de 60 anos. A manifestação tardia da DC pode representar uma forma particular de expressão da doença.

Objectivo: Comparar as características clínicas e fenotípicas na DC recém-diagnosticada em duas coortes de doentes.

Métodos: Foram analisadas duas coortes de doentes com diagnóstico de DC, a partir dos registos médicos da consulta de Doença Intestinal Inflamatória (DII) do nosso centro: Grupo 1- doentes com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos; Grupo 2- aqueles com mais de 60 anos.

Resultados: De um total de 593 doentes com DII incluídos para análise (57,3% mulheres; 42,7% homens; 61,7% DC; 37,1% Colite Ulcerosa), 30 foram diagnosticados com DC com idade superior a 60 anos (Grupo 2). A distribuição por sexo é semelhante nos dois grupos. As características clínicas e fenotípicas dos grupos avaliados apresentam-se na tabela.

Tabela 55.

Ao diagnóstico de DC	Grupo 1 (20-40anos) (N = 366)	Grupo 2 (> 60anos) (N = 30)	p
Fumadores (%)	30	10	0,020
História familiar de DII (%)	9	13	0,464
Doença perianal (%)	26	17	0,278
Manifestações extra-intestinais (%)	13	7	0,347
Localização L2/L3 (%/%)	32/68	79/21	< 0,001
Comportamento B2/B3 (%/%)	68/32	55/46	0,348
Imunossupressão (%)	63	23	< 0,001
Terapêutica biológica (%)	26	17	0,264
Cirurgia (%)	45	30	0,114

Conclusões: A DC naqueles com mais de 60 anos caracteriza-se por uma localização cólica mais frequente e menor percentagem de fumadores, à data de diagnóstico. A imunossupressão é mais frequente nos doentes mais jovens, não se encontrando diferença significativa relativamente à terapêutica biológica ou necessidade de cirurgia.

56. ANÁLISE DAS CAUSAS DE MORTALIDADE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

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

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

Introdução: Em Portugal não existem estudos sobre as causas de morte em Unidades de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia (UCIGH). É fundamental, para o planeamento da prática clínica diária nestas Unidades, o reconhecimento das patologias associadas a maior mortalidade.

Objectivo: Analisar as causas de mortalidade numa UCIGH.

Métodos: Análise retrospectiva de 179 óbitos [H/M = 127/52; idade média: 63 anos (30-94)] ocorridos entre 29/10/2004 a 01/10/2011.

Resultados: Taxa de mortalidade na UCIGH: 9,90%. Causas de morte (n = 179): cirrose hepática (CH) (n = 94) 52,5%; hemorragia digestiva não varicosa (HDNV) (n = 40) 22,4%; pancreatite aguda (PA) (n = 21) 11,7%; falência hepática aguda (FHA) (n = 10) 5,6%; outras (n = 14) 7,8%. Causas de morte na CH (n = 94): rotura de varizes (n = 36) 38,3%; encefalopatia (n = 23) 24,5%; peritonite bacteriana espontânea (n = 13) 13,8%; pneumonia (n = 9) 9,6%; síndrome hepato-renal (n = 9) 9,6%; hepatocarcinoma (n = 3) 3,2%; peritonite secundária (n = 1) 1%. Causas de morte na HDNV (n = 40): indeterminada (n = 16) 40%; úlcera péptica (n = 14) 35%; neoplasia esofágica maligna (n = 4) 10%; neoplasia gástrica maligna (n = 1) 2,5%; lesão de Dieulafoy (n = 1) 2,5%; colite isquémica (n = 1) 2,5%; pós-polipectomia (n = 1) 2,5%; jejunoileíte por CMV (n = 1) 2,5%; angiectasias (n = 1) 2,5%. Causas de morte na PA (n = 21): litíase (n = 8) 38,2%; indeterminada (n = 7) 33,3%; alcoólica (n = 4) 19,1%; hipertrigliceridemia (n = 1) 4,7%; isquémica (n = 1) 4,7%. Causas de morte na FHA (n = 10): indeterminada (n = 5) 50%; Amanita phalloides (n = 1) 10%; paracetamol (n = 1) 10%; VHB (n = 1) 10%; esteatohepatite (n = 1) 10%; isquémica (n = 1) 10%. Outras causas (n = 14): colangite (n = 6) 42,9%; colangiocarcinoma (n = 4) 28,7%; abscesso hepático piogénico (n = 1) 7,1%; neoplasia pancreática maligna (n = 1) 7,1%; Síndrome Budd-Chiari (n = 1) 7,1%; lesões cáusticas do tubo digestivo (n = 1) 7,1%.

Conclusões: 1) A CH constituiu a principal causa de morte nos doentes internados na UCIGH, sendo a rotura de varizes a sua

complicação terminal mais frequente. 2) Em todas as restantes causas de morte (HDNV, PA e FHA) na Unidade, as de etiologia indeterminada são as mais frequentemente incriminadas.

Endoscopia

57. CORPO ESTRANHO ESOFÁGICO: COLOCAÇÃO DE PRÓTESE ENDOSCÓPICA PARA ENCERRAMENTO DE PERFURAÇÃO

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

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

A presença de corpo estranho esofágico é uma situação frequente, sendo muitas vezes difícil e desafiante a sua abordagem endoscópica. Os autores relatam o caso de uma mulher, 74 anos, com antecedentes de diabetes mellitus e hipotireoidismo, referenciada ao nosso serviço de urgência por presença de corpo estranho esofágico. A doente referia quadro de dor cervical, com irradiação para a região submandibular desde há cerca de 7 dias. Relacionava o quadro com deglutição de espinha de peixe (bacalhau). Negava outra sintomatologia nomeadamente febre. Realizou TC cervico-torácico no exterior que mostrava corpo estranho linear com 34 mm no terço médio do esófago, transversal, entre o ramo direito da artéria pulmonar anteriormente e a aorta descendente posteriormente, com transecção do lúmen esofágico e extremidades distais a cerca de 6 mm da parede de cada vaso. No serviço de urgência realizada endoscopia digestiva alta observando-se no esófago médio espinha larga a penetrar parede esofágica em dois pontos contralaterais; Procedeu-se a remoção da espinha com pinça, após colocação de overtube junto à mesma. Após remoção, observa-se espinha em "V" (um ramo com 40 x 15 mm e o outro com cerca de 30 x 10 mm). No controlo endoscópico observa-se laceração profunda da parede esofágica, correspondente a local de penetração da espinha, com cerca de 3 cm de maior eixo. Colocou-se prótese coberta (Hanarostent CCC com 20 mm x 110 mm) centrada na topografia da laceração. Verificada patência e ausência de extravasamento no final, por injeção de contraste. Internada sem alimentação oral e com antibioterapia de largo espectro. Ao 12º dia realizado trânsito esofágico baritado que revelou fina lâmina de contraste entre prótese e parede esofágica, sem extravasamento. Reiniciou dieta oral com tolerância, sem complicações. Cerca de 1 mês depois realizou endoscopia digestiva alta com retirada de prótese esofágica. No local de perfuração prévia observou-se apenas lesão cicatricial, sem extravasamento após injeção de contraste.

58. ABLAÇÃO DE ESÓFAGO DE BARRETT POR RADIOFREQUÊNCIA: EXPERIÊNCIA INICIAL

M. Serrano¹, S. Mão de Ferro¹, P. Chaves², A. Dias Pereira¹

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

Introdução e objectivo: A ablação por radiofrequência (ARF) é uma técnica endoscópica com o potencial de erradicar o Esófago de Barrett (EB), estando indicado nos casos com displasia. Pretendemos avaliar a eficácia, tolerância e segurança da ARF no tratamento de EB displásico ou com carcinoma precoce (CP) na nossa experiência.

Métodos: Incluídos doentes com EB displásico ou CP submetidos ARF (isolada na ausência de lesões visíveis ou após mucosectomia endoscópica (ME) de lesões macroscópicas). Procedimentos efectuados sob sedação profunda; utilizado o sistema Halo360 para ablação circunferencial em EB longo e o Halo90 para completar ablação ou em EB curto/não circular. Terapêutica com esomeprazol bid. Vigilância endoscópica com biopsias às 8-12 semanas; repetição de ARF caso necessário.

Resultados: Cinco doentes (4H, 1M; idade média 59,2 ± 4,2 anos) foram submetidos a ARF (3-terapêutica isolada; 2-pós ME). Extensão média EB: 5,2 ± 0,86 cm. Não se registaram complicações. Após um follow-up médio de 11,7 ± 3,2 meses verificou-se erradicação de displasia em todos os doentes e significativa redução da MI em 4. O caso de não regressão, após 2 sessões, ocorreu no doente do sexo feminino, com volumosa hérnia do hiato.

Conclusões: AARF demonstrou ser uma técnica eficaz e segura na abordagem do EB com displasia.

59. PRÓTESES CÓLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS: AVALIAÇÃO DE RESULTADOS EM NEOPLASIA COLORETAL

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

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

Introdução: A utilização de próteses cólicas auto-expansíveis em doentes com quadro oclusivo por neoplasia coloretal tem ganho popularidade nos últimos anos. Neste contexto, a sua utilização visa 1) a palição ou 2) a criação de condições para realização de cirurgia eletiva (“*ponte*”).

Objectivo: Avaliação 1) da sobrevida dos doentes com próteses cólicas paliativas; e 2) da realização de cirurgia eletiva e necessidade de colostomia em doentes com próteses cólicas tipo “*ponte*”.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a colocação de prótese cólica endoscópica por cancro coloretal entre julho 2001 e junho 2011. Avaliada sobrevida dos doentes com próteses paliativas; realização de cirurgia eletiva e necessidade de estoma em doentes com prótese tipo “*ponte*”. Avaliado o sucesso técnico, complicações e causa de morte.

Resultados: 63 doentes submetidos a colocação de prótese cólica. Destas 23 foram paliativas e 40 consideradas como “*pontes*”. Maior número de próteses/ano: 16. Paliativas: 23 doentes (52% sexo feminino; idade média 68,7) com neoplasia coloretal. Envolvimento do sigmoide 74% dos casos. Sucesso técnico em 82,6% dos casos (1 insucesso e 3 migrações); complicação tardia em apenas 5,3% (1 migração); Follow-up médio de 174,4 dias. Sobrevida mediana (Kaplan-Meier) de 75 dias [± 63 dias]; Faleceram 89,5% dos doentes, sendo a causa de morte diretamente relacionada com neoplasia em 48%. Pontes: 40 doentes (65% masculino; idade média 68,2 anos) com neoplasia coloretal. Envolvimento do sigmoide em 55%. Sucesso técnico em 87,5% (3 insucessos e duas perfurações). Destes verificaram-se complicações tardias em 3 doentes; realização de cirurgia eletiva em 90,6%; sem necessidade de estoma em 87,5% dos doentes.

Conclusões: Verificou-se: 1) reduzido número de complicações imediatas e tardias; 2) sobrevida mediana (Kaplan-Meier) de 75 dias em doentes com próteses paliativas; e 3) realização de cirurgia eletiva sem necessidade de estoma na maioria dos doentes com prótese como “*ponte*”.

60. ULTRASONOGRAFIA TRANSENDOSCÓPICA: O QUE “MUDOU” APÓS 3 ANOS

N. Veloso, P. Figueiredo, J. Dinis Silva, P. Pinto-Marques, M.J. Brito, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta, EPE.

Objectivo: A ultrasonografia transendoscópica (EUS) é uma modalidade imagiológica de diagnóstico, podendo ser usada como procedimento de diagnóstico invasivo e terapêutico. Os avanços da EUS devem-se à introdução do aparelho linear, permitindo a realização de punção aspirativa por agulha fina (FNA). Pretendeu-se avaliar o que “mudou” entre 2008 e 2011.

Métodos: Análise retrospectiva de relatório dos doentes submetidos a EUS em 2008 e 2011. Determinou-se idade, sexo, proveniência, indicação, tipo de aparelho e sedação, recurso a FNA, número de alvos puncionados e resultados da FNA (diagnóstica, suspeita ou inconclusiva).

Resultados: Efetuaram-se 163 EUS (85 sexo masculino; idade 59,34 ± 17,26 anos) em 2008 vs 499 (263 sexo masculino; idade 64,3 ± 13,7 anos) em 2011. Em 2008, 18,4% dos doentes foram referenciados por outra instituição vs 46,5% em 2011 (p < 0,001). As indicações para EUS em 2008 vs 2011 foram: oncológica (31,3% VS 51,3%; p < 0,001), lesão sub-epitelial (17,8% vs 12,2%; p = 0,086), coledocolitíase/dilatação VBP/pancreatite aguda (14,1% vs 17,4%; p = 0,39), massa pâncreas (11% vs 6,6%; p = 0,089), lesões quísticas pâncreas (8,6% vs 6,1%; p = 0,27), massa mediastínica (7,4% vs 3,6%; p ≤ 0,05), outras (7,4% vs 1%; p < 0,001), terapêutica (1,2% vs 0,8%; p = 0,64) e tubo digestivo espessado (1,2% vs 1%; p = 0,683). Em 2008, 54% dos exames foram realizados com o aparelho linear vs 62,7% em 2011 (p ≤ 0,05). Efetuou-se em 2008 EUS sob sedação por

Tabela 58.

Indicação ARF	Class.Praga Pré-ARF	Halo360/90 (n.º sessões)	Class.Praga Pós-ARF	Erradicação completa MI/Displasia*
DBG plana	C8M8	2/0	C1M1	Não/Sim
DBG plana	C4M5	1/1	Ilhéus	Não/Sim
DBG plana	C0M3	0/1	NA	Sim/Sim
Pós ME DBG	C6M6	2/0	C6M6	Não/Sim
Pós ME ADC	C1M4	0/1	Ilhéus	Não/Sim

DBG-displasia baixo grau; ADC-adenocarcinoma intramucoso; NA-não aplicável; *confirmado em biopsia.

gastroenterologista em 89% vs 68,3% em 2011 ($p < 0,001$), existindo apoio anestésico em 3,7% dos exames vs 23% ($p < 0,001$), não sendo realizada qualquer sedação em 7,3% dos exames vs 8,6% ($p = 0,74$). Fez-se FNA em 31,3% dos exames em 2008 vs 32,7% em 2011 ($p = 0,77$). Destes foi puncionado mais do que um alvo em 11,8% em 2008 vs 17,2% em 2011 ($p = 0,42$). As agulhas para FNA em 2008 vs 2011 foram: 19 g (3,9% vs 9,2%; $p \leq 0,05$), 19 g trucut (19,6% vs 3,5%; $p < 0,001$), 22 g (64,7% vs 51,2%; $p < 0,001$), 22 g-ProCore (0% vs 7%; $p \leq 0,05$), 25 g (11,8% vs 29,1%; $p = 0,16$). A FNA em 2008 vs 2011 foi diagnóstica 54,9% vs 75,3% ($p \leq 0,05$), suspeita 7,8% vs 14,4% ($p = 0,19$) e inconclusiva 37,3% vs 10,3% ($p < 0,001$).

Conclusões: Verificou-se aumento de 3,1x do número de EUS realizadas entre 2008 e 2011. A principal indicação mantém-se a oncológica. Constatou-se aumento estatisticamente significativo do nº de exames realizado com o aparelho linear, sob apoio anestésico e da taxa diagnóstica/FNA.

61. SPATZ ADJUSTABLE BALLOON SYSTEM®: EXPERIÊNCIA INICIAL DECEPCIONANTE

M. Mascarenhas Saraiva, E. Oliveira

ManopH, Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva.

Introdução: A técnica de implantação de um balão intragástrico representa uma opção viável no tratamento da obesidade. Contudo, frequentemente, após os primeiros meses de perda de peso com sucesso, sucede-se uma acomodação à presença do balão, com redução da eficácia. Com o intuito de reduzir esta acomodação, foi lançado um sistema de balão gástrico ajustável (“Spatz™ Adjustable Balloon System”), que permite modificar o volume do balão enquanto este permanece no estômago. Cada adição de volume produz assim um efeito “de novo”, podendo melhorar os resultados. Foi indicada uma segurança para 1 ano de implantação. Ensaios clínicos com este balão reportaram um perda de peso adicional com este sistema, quando comparado com a técnica mais difundida. De igual modo, é possível, nos casos de sintomas excessivos, reduzir o volume do balão, melhorando a tolerância.

Objectivo: Descrever a nossa experiência com o balão intragástrico Spatz no tratamento da obesidade.

Métodos: Colocação do balão por via endoscópica, com inflação inicial de 400 ml e reajustamento de volume (para 600 ml) aos 4 meses ou quando ocorrer diminuição da perda de peso. Se necessário, reajustamento. Planeada permanência de 12 meses. Implantação em 3 mulheres.

Resultados: As doentes toleraram bem o balão inicialmente. Experimentaram sintomas excessivos após o ajuste de volume, sendo, num caso necessário diminuir o volume 3 dias após. Uma das doentes registou dor epigástrica significativa aos 7 meses, sendo necessário retirar o balão, constatando-se úlcera gástrica escavada. Outra doente teve diminuição do efeito do balão aos 9 meses, constatando-se, na retirada, que estava vazio. A 3ª doente retirou o balão aos 12 meses, notando-se gastrite com ulcerações. Estas 3 ocorrências levaram-nos a suspender o programa de utilização deste tipo de balão.

Conclusões: Na nossa experiência inicial, este tipo de balão levantou problemas que nos levaram a suspender a sua utilização.

62. ENDOMETRIOSE PÉLVICA: PAPEL DA ULTRA-SONOGRAFIA ENDOSCÓPICA RECTAL

D. Ferreira, F. Castro-Poças, P. Lago, T. Moreira, I. Pedrito

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar do Porto, Hospital Geral de Santo António.

Introdução e objectivo: A ultra-sonografia endoscópica (EUS) com ou sem punção aspirativa por agulha fina (PAAF) pode ser útil

para documentar o envolvimento da parede intestinal pela endometriose e a profundidade de infiltração da mesma. Descrevemos a experiência de um centro no uso da EUS em casos suspeitos de endometriose pélvica.

Métodos: Os dados das pacientes submetidas a EUS entre 2005 e 2010 por suspeita de endometriose pélvica foram retrospectivamente colhidos e analisados. Analisamos as características das pacientes e das lesões. Nas que realizaram EUS com PAAF analisamos a sua acuidade diagnóstica e o seu contributo para o diagnóstico da lesão suspeita.

Resultados: 29 pacientes realizaram EUS por suspeita de endometriose. Destas 29, 19 apresentavam lesões sugestivas de endometriose por EUS, 16 das quais com envolvimento da parede digestiva. Duas lesões eram intrínsecas à parede rectal (muscular própria) e 14 apresentavam componente extra-luminal com invasão da parede digestiva (10 com invasão da muscular própria e tamanho médio 24, 68 × 13,09 mm e 4 invasão da submucosa e tamanho médio de 33, 4 × 17,45 mm). Foram puncionadas 6 lesões. Os resultados citológicos foram inconclusivos na totalidade dos casos. Das doentes que realizaram simultaneamente EUS e RMN observou-se concordância entre os dois métodos de imagens na maioria das lesões. O diagnóstico definitivo foi obtido em 16 dos 19 casos por laparoscopia ou biópsia transvaginal.

Conclusões: A maioria das lesões apresentava componente extra-luminal com invasão da parede digestiva alcançando a camada muscular própria. Observou-se concordância entre os achados por RMN e EUS na maioria das lesões. O diagnóstico definitivo de endometriose foi confirmado histologicamente em 84% dos casos. Em todos os casos em que foram realizadas PAAF os resultados foram inconclusivos. Os casos descritos de endometriose confirmados por PAAF são raros.

63. FÍSTULAS ESOFÁGICAS PÓS-SLEEVE GÁSTRICO: TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

P. Sousa, C. Noronha Ferreira, F. Carepa, J. Lopes, R. Maldonado, R. Palma, J. Coutinho, L. Carrilho Ribeiro, J. Velosa

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

Introdução e objectivo: Na obesidade mórbida, a cirurgia de sleeve gástrico é uma das opções terapêuticas. As fistulas são uma complicação precoce desta técnica e associam-se a maior morbimortalidade e elevado risco quando re operados.

Métodos: Neste estudo retrospectivo, analisamos 7 doentes submetidos a sleeve gástrico entre Agosto 2010 e Janeiro 2012, nos quais a ocorrência de fistula motivou tentativa de resolução endoscópica. Foram colhidos dados demográficos, achados endoscópicos e radiológicos, nº de endoscopias necessárias e diferentes terapêuticas utilizadas.

Resultados: Dos 7 doentes, 5 eram mulheres. A média de idade era 46 ± 11 anos. O orifício da fistula localizou-se na região justacárdica em todos os doentes e tinha diâmetro entre 3 e 7 mm. O tempo entre cirurgia e primeira deteção endoscópica da fistula foi uma mediana de 14 dias (média 31;7-146), sendo nessa altura efectuada a 1ª tentativa de encerramento da fistula. Efectuaram-se uma média de 4 ± 3 endoscopias por doente. Em 6 doentes a primeira tentativa de encerramento de fistula foi feita com colocação de clips verificando-se encerramento 1º do orifício em 2 casos. Colocaram-se próteses metálicas em 4 doentes verificando-se encerramento da fistula em 2. Houve recidiva da fistula em 2 doentes os quais foram manejados com reintervenção endoscópica (prótese e sonda naso-entérica) com sucesso. Na totalidade apenas 1 doente foi re-operada mantendo fistula no pós operatório. Em 3 doentes em que não se conseguiu encerramento 1º da fistula com

terapêutica endoscópica e cirurgia, foi colocada sonda de alimentação naso-entérica. Como complicação de endoscopia, verificou-se hemorragia digestiva causada pela prótese em doente anticoagulado que se resolveu com remoção da mesma. Verificou-se encerramento definitivo das fístulas em todos os doentes após uma mediana de 91 (70-182) dias (média 122; 37-300).

Conclusões: O manejo endoscópico de fístulas pós sleeve gástrico deve ser sempre equacionado parecendo ser uma abordagem eficaz e segura.

64. EFICÁCIA DAS PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS TOTALMENTE COBERTAS NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE ESTENOSES BENIGNAS DA HIPOFARINGE

R. Herculano, I. Chapim, L. Carvalho, S. Santos, T. Bana, C. Chagas, L. Matos

Hospital Egas Moniz/CHLO.

Introdução: As próteses esofágicas totalmente cobertas e auto-expansíveis surgiram como uma alternativa terapêutica nas estenoses benignas da hipofaringe, de doentes submetidos no passado a laringectomia e radioterapia. Os autores apresentam a sua experiência neste procedimento, analisando a sua segurança e eficácia.

Métodos: Análise retrospectiva de casos de colocação de próteses esofágicas autoexpansíveis e totalmente cobertas em 3 doentes (homens, idade média 60 anos), com um período de seguimento de 2 a 4 meses. Todos os doentes apresentavam estenoses esofágicas benignas (pós-laringectomia e radioterapia) sintomáticas (disfagia). As próteses foram colocadas usando a técnica “over the wire”, sob controlo radioscópico.

Resultados: Registou-se sucesso técnico em todos os doentes, com colocação da prótese a franquear a totalidade da área estenótica. Não se registaram complicações do procedimento, nomeadamente casos de perfuração, hemorragia ou dor. Após um período de seguimento variável (2-4 meses), todos os doentes permaneceram assintomáticos.

Conclusões: Nos 3 casos analisados, a colocação deste tipo de próteses foi segura e eficaz, surgindo como uma mais-valia no tratamento deste tipo de estenoses, em concordância com algumas séries publicadas na literatura.

65. DILATAÇÃO PAPILAR COM BALÃO APÓS ESFINCTEROTOMIA: A “PEDRA DE TOQUE” NA EXTRACÇÃO DOS CÁLCULOS DIFÍCEIS DA VIA BILIAR PRINCIPAL

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

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

Introdução: A dilatação da papila de Vater com balão through-the-scope (TTS) após esfincterotomia biliar (EB) é uma técnica que possibilita a remoção de cálculos de grandes dimensões (únicos ou múltiplos) da via biliar principal (VBP).

Objectivo: Avaliar a eficácia e segurança do procedimento de dilatação papilar após EBS em doentes com litíase difícil da VBP.

Métodos: Análise retrospectiva de uma série de casos consecutivos de litíase difícil da VBP referentes a um período de dois anos. Avaliação dos parâmetros de eficácia da dilatação papilar com balão TTS precedida de EB (remoção completa dos cálculos, número de sessões, necessidade de litotricia mecânica) e segurança da técnica (análise das complicações).

Resultados: Incluídos 68 doentes (66,2% do sexo feminino), com idade média de 70 anos. Quarenta e oito doentes (70,6%) apresentavam cálculos múltiplos e 20 doentes (29,4%) apresentavam um cálculo único da VBP. O diâmetro médio dos cálculos foi de 17 ±

4 mm [12-30 mm]. Em todos os doentes a dilatação papilar com balão, até um diâmetro médio de 15 mm [12-18 mm], foi precedida de EB primária ou alargamento de EBS prévia. Em 10 doentes (14,7%) foi necessário realizar litotricia mecânica durante a mesma sessão. Foi possível extrair a totalidade dos cálculos em sessão única em 57 doentes (83,8%). Em 12 doentes (17,6%) foi colocada prótese biliar no final do procedimento, por persistência de litíase residual e/ou atraso no esvaziamento de contraste. Para além de 9 (13,2%) casos de pancreatite aguda ligeira, com evolução favorável com tratamento conservador, não se registaram outras complicações.

Conclusões: A dilatação papilar com balão precedida de EB é um método eficaz para a remoção de cálculos difíceis da VBP, tendo permitido, nesta série, a sua extracção na totalidade em sessão única em mais de 80% dos doentes. A complicação mais frequente foi a pancreatite aguda (13,2%), auto-limitada em todos os casos.

66. PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA “PROCORE” NA ECOENDOSCOPIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

A. Nunes, P. Figueiredo, P. Pinto-Marques, M.J. Brito, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Introdução e objectivo: A punção aspirativa com agulha fina (FNA) ecoguiada de lesões gastrointestinais e extra-intestinais é uma técnica eficaz para obtenção de material para diagnóstico citológico em 60-90% dos casos. As novas agulhas “Procure” (Cook Medical), permitem colher material para citologia e histologia, em localizações menos acessíveis para as agulhas tradicionais. Procurámos avaliar a rentabilidade diagnóstica destas agulhas (19 e 22 gauge) na nossa instituição.

Métodos: Foram avaliados todos os casos de FNA com agulha “Procure” de 19 ou 22 gauge realizados durante o ano de 2011. Foram avaliadas as seguintes variáveis: idade do doente, sexo, indicação para realização do procedimento, órgãos puncionados, agulha utilizada e resultado do exame citológico (diagnóstico, suspeito, inconclusivo/insuficiente).

Resultados: No ano 2011, procedeu-se a FNA em 159 das 499 ecoendoscopias realizadas. A agulha “Procure” foi utilizada em 15 doentes, 11 (73,3%) homens e 4 (26,7%) mulheres, com uma idade média de 59 ± 18 anos. O procedimento foi realizado com sedação profunda num terço dos casos e com sedação consciente nos restantes. Os motivos para a realização do exame foram: avaliação de lesão subepitelial esofágica e gástrica, estadiamento de neoplasia gástrica e pancreática, adenopatias abdominais e mediastínicas, massa abdominal e pancreatite aguda. As lesões puncionadas incluíram: adenopatias mediastínicas e abdominais, pâncreas, lesões subepiteliais e massas abdominais. Realizaram-se 12 punções com a agulha 22 gauge e 4 com a agulha 19. O exame citológico foi diagnóstico em 11 casos, suspeito num caso e inconclusivo ou insuficiente para diagnóstico em 2 casos, com uma rentabilidade de diagnóstico de 68,8%.

Conclusões: Realizaram-se 16 FNA em 2011 com a nova agulha “Procure” com uma rentabilidade diagnóstica sobreponível à das agulhas tradicionais.

67. OBSTIPAÇÃO - ASSOCIADO A LESÕES MALIGNAS OU PRÉ-MALIGNAS NA COLONOSCOPIA?

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

Hospital Espírito Santo, Évora.

Objectivo: Na literatura não existe consenso sobre o papel da colonoscopia na obstipação, assim como quanto à associação entre obstipação e cancro colo-rectal (CCR). A SPED/ASGE recomendam colonoscopia em doentes com obstipação quando apresentam idade

> 50 anos, sem rastreio CCR. A AGA não endorsa a obstipação como indicação para colonoscopia. Pretendeu-se determinar a prevalência e a associação de lesões significativas (tumor maligno suspeito ou pólipos > 10 mm) em doentes que realizaram colonoscopia com a indicação de obstipação comparando com obstipação e outro sintoma e rastreio CCR com risco padrão.

Métodos: Análise retrospectiva de relatório dos doentes submetidos a colonoscopia entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2011.

Resultados: Incluíram-se 630 doentes (64,4% sexo feminino). O rastreio CCR foi a indicação mais frequente para colonoscopia (45,6%), seguido pela obstipação (27,3%) e obstipação e outra indicação (27,1%). A idade média para a indicação de obstipação e rastreio CCR foi 67,3 e 57 anos. O número de lesões significativas achadas na colonoscopia com a indicação de obstipação, obstipação e outro sintoma e rastreio CCR foi de 6, 15 e 16, respectivamente (4, 6 e 4 corresponderam a tumores malignos suspeitos). A histologia confirmou todos os casos de tumor maligno suspeito (12 adenocarcinoma bem diferenciado e 2 moderadamente diferenciado) e revelou adenoma com displasia de baixo grau na totalidade dos pólipos. Não se verificou associação estatisticamente significativa entre obstipação Vs rastreio CCR, no que respeita a lesões significativas achadas na colonoscopia ($p > 0,05$). Contudo a indicação obstipação e outro sintoma associou-se à presença de lesões significativas ($p < 0,05$).

Conclusões: Não existe associação entre obstipação e presença de lesões significativas quando comparado com o rastreio CCR com risco padrão. A obstipação por si só, não deverá ser utilizada como indicação para colonoscopia. Existe uma associação de lesões significativas nos doentes com obstipação e presença de outro sintoma. Estes doentes deverão realizar colonoscopia.

68. FACTORES ASSOCIADOS A ENTEROSCOPIAS POR VIDEO-CÁPSULA INCOMPLETAS: UMA ANÁLISE DE 239 DOENTES.

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

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: A enteroscopia por videocápsula (EVC) revolucionou a abordagem da patologia do intestino delgado, no entanto em 20 a 30% dos procedimentos, a cápsula não atinge o cego, no período necessário para o registo, com imagens incompletas do intestino delgado, o que limita o valor da cápsula endoscópica.

Objectivo: Avaliar os estudos endoscópicos por vídeo-cápsula em termos de exames incompletos e encontrara factores de risco para estes eventos.

Métodos: Estudo retrospectivo de 239 doentes consecutivos submetidos a VCE entre 2002-2012, através de revisão do processo clínico.

Resultados: Dos 239 exames realizados, foram considerados para o estudo 233. A taxa global de exames incompletos foi de 23%, significando que a cápsula não atingiu o cego durante o tempo de gravação (8 a 11h dependendo do sistema da cápsula). A média de idades dos doentes com exames incompletos foi de 58,3 anos (14-87) e 53,7% eram do sexo feminino. 83,3% dos doentes encontravam-se internados ($p < 0,05$). As principais indicações para a EVC foram a hemorragia digestiva de causa obscura (51,9%) e a Doença de Crohn (DC) (24,1%). A taxa global de exames incompletos foi superior nos doentes com suspeita de DC (16,7%) e inferior na DC estabelecida (7,4%). Os achados mais frequentes foram as angiodisplasias (14,8%) logo seguidas de alterações sugestivas de DC (5,6%). Outro achado comum foi a lentificação do trânsito gástrico, verificando-se que nos doentes em que a cápsula permanecia no estômago por mais de 60 minutos, 57,5% dos doentes não completaram a EVC ($p < 0,001$). Não se verificou nenhum caso de retenção.

Conclusões: Identificaram-se factores de risco para procedimentos endoscópicos por vídeo-cápsula incompletos, nomeadamente uma lentificação do tempo de esvaziamento gástrico e a imobilidade dos doentes, que podem ser usados para estratificar o risco dos doentes e guiar intervenções para melhorar as taxas de exames completos.

69. GRAU DE SATISFAÇÃO DO DOENTE NUMA UNIDADE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

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

Serviço de Gastrenterologia, IPO de Coimbra.

Introdução: A satisfação do doente deve ser uma medida de qualidade em saúde. É uma avaliação cognitiva e emocional acerca dos cuidados de saúde, baseada em aspetos relevantes da experiência do doente.

Objectivo: Avaliar o grau de satisfação do doente após a realização de um exame endoscópico.

Métodos: No período de Março a Agosto de 2011, foi solicitado aos doentes o preenchimento de um questionário (adaptado de "Patient Satisfaction Survey: Endoscopy. AGA 2007"), após realização de exames endoscópicos no nosso Serviço. Foram avaliados os factores que influenciariam o grau de satisfação.

Resultados: Durante o período em questão, 301 doentes preencheram o questionário. 90% dos doentes consideraram "Bom" ou "Muito Bom" o atendimento/acolhimento no Serviço, sendo o tempo de espera para efetuar o exame o aspeto mais negativo (16% responderam "Razoável"). 96% classificaram o atendimento durante o exame como "Bom" ou "Muito Bom", sendo semelhante o nível de satisfação com o Médico, Enfermeiro ou Auxiliar de Ação Médica. Após o exame, a maioria dos doentes (94%) concordou que o tempo de recuperação e de esclarecimentos foi adequado. 93% responderam que voltariam para um novo exame e 95% que recomendariam o Serviço a um amigo ou familiar. A maioria dos doentes (85%) afirmou não ter dificuldades na preparação para o exame, no entanto, 55% referiram não ter nenhum contacto em caso de dúvida.

Conclusões: O grau de satisfação dos doentes após um exame endoscópico na nossa Unidade de Endoscopia é elevado. A aplicação destes questionários permite-nos identificar aspetos que podem aumentar a satisfação do utente. No nosso caso, o tempo de espera para a realização do exame e a visibilidade de um contacto telefónico do Serviço para esclarecimentos adicionais são factores a melhorar.

70. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO CARCINOMA COLORRECTAL ATRAVÉS DA COLOCAÇÃO DE PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSIVAS: EXISTE ALGUM BENEFÍCIO?

T. Correia, R. Cardoso, C. Rodrigues, D. Gomes, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A utilização de próteses metálicas autoexpansivas (PMAE) tem aumentado no carcinoma colorrectal (CCR) estenosante. A obstrução do cólon constitui geralmente uma apresentação tardia do CCR, caracterizando maioritariamente a doença avançada e incurável. Neste contexto, as PMAE podem ser utilizadas como ponte para a cirurgia electiva, ou como paliativo, em alternativa a uma colostomia definitiva.

Objectivo e métodos: Análise retrospectiva da eficácia, complicações e follow-up dos doentes que colocaram PMAE no contexto do tratamento de CCR, num hospital terciário, nos últimos 7 anos (2005-2011). Os doentes foram divididos em dois grupos:

grupo A (intenção paliativa, 29 doentes) e grupo B (ponte para cirurgia electiva, 10 doentes).

Resultados: Foram colocadas 40 PMAE em 39 doentes (24M e 15F), com uma mediana de 75 anos, sem diferença entre os grupos. Foram introduzidas 8 no recto (20%), 22 no sigmóide (55%), 8 no descendente (20%) e 2 no ângulo esplénico (5%). Dezoito doentes apresentaram-se em oclusão/sub-occlusão, sendo 10 do grupo A. A lesão era infranqueável em 27 doentes (20 do A, 7 do B). Nove doentes do grupo B realizaram cirurgia com intenção curativa, com intervalo mediano de 6 dias entre a colocação da prótese e a cirurgia. Ocorreram seis complicações (tabela). O intervalo entre o diagnóstico e a colocação da prótese foi inferior ($p < 0,05$) no grupo B (9 dias) em relação ao grupo A (41 dias). O follow-up médio foi de 256 dias, sendo estatisticamente superior no grupo B (474 dias vs 152, $p < 0,05$).

	Perfuração	Migração	Oclusão
Grupo A	1	1	2
Grupo B	1	-	1

Conclusões: As PMAE constituem um procedimento eficaz tanto como ponte para a cirurgia como na palição de neoplasias inoperáveis. A sua colocação deverá ser mais frequentemente considerada pelas equipas cirúrgicas em alternativa à cirurgia de emergência em quadros de oclusão/sub-occlusão no contexto de CCR.

71. ENDOSCOPIA TRANSNASAL: UM PROCEDIMENTO ALTERNATIVO À ENDOSCOPIA ALTA CONVENCIONAL ?

M. Mascarenhas Saraiva, E. Oliveira

ManopH, Instituto CUF, Hospital CUF.

Introdução: A Endoscopia digestiva alta transoral (método convencional) é habitualmente encarada com ansiedade e muitas vezes mal tolerada pelo doente: vômitos, engasgamento, hipersalivação, incómodo causado pela anestesia tópica oral são frequentemente relatados. Para reduzir estes inconvenientes indica-se o recurso a sedação endovenosa, que também se reveste de ansiedade em relação ao processo anestésico, necessidade de ser acompanhado e incapacidade de conduzir veículos após o exame, além do custo acrescido. Como alternativa, tem sido proposta a endoscopia transnasal (ETN), tendo a maioria dos trabalhos reportado uma melhor tolerância, quando comparada com o método convencional.

Objectivo: Avaliar a nossa experiência com a endoscopia transnasal, tendo como objectivo primário avaliar se os doentes preferem-na em relação ao método convencional

Métodos: 209 doentes propostos para EDA foi proposta a via nasal - aceitaram 141 (67,5%). Idades: mediana 48 (14-73 anos). Sexo: m 71 (50,4%) f 70 (49,6%). 30 exames iniciais efectuados sob sedação, 111 sem sedação (78,7%). Todos os doentes sem sedação tinham efectuado anteriormente uma EDA transoral. Aparelhos: Fujinon EG-530N (n = 139), Olympus XP 180N (n = 2).

Resultados: Dificuldade de inserção por via nasal: Inserção directa na primeira narina 119 (84,4%); Na outra narina 18 (12,8%); Não conseguida (conversão para v oral) 4 (2,8%). Deste modo, Total de ETN 137 (97,1% da amostra). Traumatismo nasal: hemorragia 3 (2,1%); ligeiro, sem hemorragia 23 (16,7%); sem lesão traumática 111 (81%). Preferencia do doente (em 111 casos): via oral 23 (20,7%); ETN 88 (79,3%). Detecção de patologia do foro ORL: 17 (12,1%), em 16 relacionada com doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE).

Conclusões: 1) A ETN é uma opção válida na endoscopia alta de rotina. 2) A ETN é útil na avaliação global da DRGE. 3) O aparelho

ultra-fino utilizado poderá ter rentabilização do aparelho para outras finalidades.

72. PREPARAÇÃO INTESTINAL: NA PROCURA DA PREPARAÇÃO IDEAL

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

Hospital Espirito Santo, Évora.

Objectivo: A má qualidade da preparação intestinal permanece como uma das grandes dificuldades da colonoscopia. Uma preparação inadequada pode ser dispendiosa em termos do tempo necessário para o procedimento, da necessidade de repetição do exame e do maior nº de lesões perdidas. Compararam-se 4 preparações intestinais com o objetivo de avaliar adesão, tolerabilidade e eficácia.

Métodos: Análise prospetiva em doentes submetidos a colonoscopia, em regime de ambulatório, entre Janeiro e Dezembro de 2011. A eficácia foi avaliada pela escala de preparação intestinal de Ottawa. Aplicada a cada segmento do cólon, abordando a quantidade de líquido de uma forma global para todo o cólon. A pontuação é calculada pela soma das classificações de 0 (sem resíduos fecais) a 4 (fezes sólidas) para cada segmento e de 0 (pouco) a 2 (muito) para a quantidade de líquido, gerando um resultado de 0 (excelente) a 14 (inadequada). Preparações com ≥ 8 pontos foram consideradas insatisfatórias.

Resultados: Incluíram-se 685 doentes (51,8% sexo masculino; idade média 63,8 anos). A indicação mais frequente foi hemorragia digestiva (21,8%). 209 doentes efetuaram Klean-Prep®, 207 CitraFleet®, 178 Endofalk® e 91 PicoPrep® 7,2% não efetuou toma completa da preparação (57,1% Klean-Prep®; $p < 0,05$). Progressão incompleta em 5% por má preparação (35,3% CitraFleet®; $p > 0,05$), 26,5% não efetuou toma completa. 35,9% revelaram mau sabor (46,3% Klean-Prep®; $p \leq 0,05$). 22,5% apresentaram náuseas (38,3% Klean-Prep®; $p < 0,05$). 8,5% apresentaram vômitos (36,2% Klean-Prep®; $p > 0,05$). 42,5% apresentaram desconforto abdominal (30,2% Klean-Prep®; $p > 0,05$). 11,7% apresentaram preparações insatisfatórias (40% CitraFleet® e 35% Klean-Prep®; $p < 0,05$). A pontuação total média na escala de Ottawa para o Endofalk®, PicoPrep®, CitraFleet® e Klean-Prep® foi $4,0 \pm 2,61$; $4,25 \pm 2,38$; $4,37 \pm 2,96$; $4,74 \pm 2,94$. Observou-se apenas diferença estatística quando se comparou o Klean-Prep® vs Endofalk® ($p \leq 0,01$). Quantidade de líquido pontuado de 1 a 2 ocorreu em 40,3% (33,3% Klean-Prep®; $p > 0,05$).

Conclusões: Registou-se num número considerável de doentes toma incompleta, progressão incompleta por má preparação e sintomatologia gastrointestinal. O Klean-Prep® associou-se com significado estatístico à toma incompleta da preparação, ao mau sabor e à presença de náuseas, apresentando menor tolerabilidade. O Endofalk® foi a preparação mais eficaz.

73. ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL: EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS

P. Moutinho Ribeiro, S. Leite, J. Cotter

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

Objectivo: Estudo descritivo da experiência em ecoendoscopia radial (EE); caracterização da população, tipo de exame, principais indicações, achados diagnósticos e enquadramento na estratégia de orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes.

Métodos: Análise retrospectiva dos 48 meses iniciais das ecoendoscopias efectuadas (Abril/08-Março/12). Equipamento:

ecoendoscópio radial Olympus GF-UE160-AL5 e ecógrafo ALOKA alfa-10. Os exames ecoendoscópicos baixos (EEB) compreenderam, frequentemente, a realização adicional de ecografia endoanal com sonda rígida radial ALOKA ASU-67, para melhor avaliação do canal anal. Os exames ecoendoscópicos altos (EEA) foram realizados sob sedoanalgesia.

Resultados: Realizaram-se 804 EE, das quais 569 (70,8%) foram EEA e 235 (29,2%) EEB. População estudada: 378 (47,0%) homens e 426 (53,0%) mulheres; idade média: 58,4 ± 13,9 anos. Principais indicações das EEA: avaliação de lesões subepiteliais/compressões extrínsecas- 455 (80,0%); estadiamento de neoplasia esofágica- 48 (8,4%), gástrica- 16 (2,8%) e duodenal/ampuloma- 3 (0,5%); caracterização de lesão pancreática- 26 (4,6%); outras- 21 (3,7%). Principais indicações das EEB: estadiamento de neoplasia do recto- 133 (56,6%) e canal anal- 10 (4,3%); avaliação de processo supurativo/fistuloso- 56 (23,8%); avaliação de lesão subepitelial/compressão extrínseca-15 (6,4%); incontinência-12 (5,1%); outras- 9 (3,8%). Não se registaram complicações. Em 24 (3,0%) dos 804 exames foi sugerida ressecção endoscópica, e em 22 (2,7%) cirúrgica da lesão. Em 3 (0,3%) doentes foi indicada cistogastrostomia. Em 47 casos (5,8%) os achados diagnósticos tiveram indicação para punção aspirativa com agulha fina.

Conclusões: Nos 48 meses após a implementação da ecoendoscopia radial, verificou-se, no número de exames realizados, um marcado domínio das EEA. Nestas, a principal indicação foi o estudo das lesões subepiteliais, enquanto as EEB consistiram maioritariamente no estadiamento de neoplasias. Em 94,2% dos doentes, a ecoendoscopia radial foi suficiente para a orientação diagnóstica e/ou terapêutica, justificando assim, na nossa opinião, a sua crescente implementação em alguns Serviços de Gastreenterologia.

74. SISTEMA DE ILUMINAÇÃO NARROW BAND IMAGING PARA CÁPSULAS ENDOSCÓPICAS

C.G. Costa, M.F. Silva, J.H. Correia

Universidade do Minho.

Este artigo apresenta um estudo para implementação da função *Narrow Band Imaging* (NBI) em cápsulas endoscópicas (CE). Este sistema acrescenta uma enorme vantagem clínica à CE, permitindo otimizar o diagnóstico de várias complicações no trato gastrointestinal (GI) entre as quais: doenças inflamatórias da mucosa GI, esófago de Barrett, cancro colo-rectal e caracterização de pólipos em tempo real, sem recorrer a biópsia. O NBI, já largamente aplicado à endoscopia convencional, permite destacar os micro-vasos da mucosa e identificar alterações vasculares indicativas de condições patológicas. A iluminação dos tecidos em bandas de comprimento de onda específicos, tipicamente em torno dos 415 nm (azul) e 540 nm (verde) aumenta o contraste entre a superfície epitelial e o padrão vascular subjacente. Aplicando o espectro azul obtêm-se imagens dos capilares superficiais, enquanto o espectro verde realça os vasos sub-epiteliais. A tecnologia proposta consiste em desenvolver um sistema NBI aplicável à CE utilizando os mesmos LEDs (*Light Emitting Diodes*) como fontes de luz e recorrendo a filtros óticos, de forma a obter iluminação na banda espectral desejada. Estes filtros são construídos através de técnicas de microfabricação de filmes finos de materiais dielétricos, o dióxido de titânio (TiO₂) e o dióxido de silício (SiO₂) de forma a construir filtros de *Fabry Perot*, constituídos por dois espelhos paralelos (multicamada para cada espelho) separados por uma cavidade de ressonância. A espessura da cavidade de ressonância controla o comprimento de onda transmitido para as bandas espectrais desejadas no NBI. A incorporação desta funcionalidade na CE torna a sua aplicação ainda mais atrativa, permitindo a realização de diagnósticos mais precisos.

Este trabalho é suportado pela ADI com a referência NFCE - FCOMP-01-0202-FEDER-005358.

75. LESÕES SUBEPITELIAIS DO TUBO DIGESTIVO: UMA SÉRIE DE 454 CASOS

P. Moutinho Ribeiro, S. Leite, J. Cotter

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

Objectivo: Análise descritiva de uma série de Lesões Subepiteliais (LS) do tubo digestivo, diagnosticadas por Ecoendoscopia Radial (EER); Caracterização da população, indicação do exame, localização e tamanho das lesões, achados ultra-sonográficos, e sua influência na orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes.

Métodos: Análise retrospectiva das EER realizadas, consecutivamente, nos primeiros 48 meses (Abril/08 a Março/12) após a implementação desta técnica no Serviço. Considerámos quer as EER altas (EER-A), quer as baixas (EER-B). Equipamento: ecoendoscópio radial Olympus GF-UE160-AL5 e ecógrafo ALOKA alfa-10.

Resultados: De um total de 804 EER, em 454 (56,5%) foram diagnosticadas LS, representando 441 (77,5%) das 569 EER-A e 13 (5,5%) das 151 EER-B efectuadas. População: 279 (61,5%) mulheres, 175 (38,5%) homens; idade média- 56,8 ± 11,9 anos. Principais indicações para EER: suspeita de LS em exame endoscópico- 271 (59,7%); seguimento de LS- 177 (39,0%); suspeita de LS em TC/RMN- 6 (1,3%); Localização da LS: esófago- 133 (29,3%); estômago- 255 (56,2%); duodeno- 53 (11,7%); sigmóide/recto- 13 (2,8%). Tamanho médio da LS: 11,2 ± 6,6mm. Diagnósticos ecoendoscópicos "prováveis" mais prevalentes: no esófago: leiomioma- 95 (71,4%) e lesão incaracterística- 12 (9,0%); no estômago: tumor do estroma- 110 (43,1%), pâncreas ectópico- 52 (20,4%) e lipoma- 39 (15,3%); no duodeno: tumor do estroma- 16 (30,2%), lipoma- 15 (28,3%) e lesão incaracterística - 6 (11,3%); no sigmóide/recto: endometriose- 5 (38,5%) tumor do estroma- 2 (15,4%) e carcinóide- 2 (15,4%). Orientação diagnóstica e/ou terapêutica do doente: PAAF - 36 (8,0%); ressecção endoscópica - 20 (4,4%); ressecção cirúrgica- 21 (4,6%); vigilância ecoendoscópica- 218 (48,0%); nenhuma- 159 (35,0%).

Conclusões: Verificámos um predomínio dos indivíduos do sexo feminino. As LS localizaram-se mais frequentemente no estômago (56,2%), seguidas pelo esófago (29,3%). Em 8,0% foi proposta PAAF, principalmente em lesões de características inespecíficas e tumores do estroma gástricos. Em 9,0% foi sugerida a ressecção da LS, quer endoscopicamente (LS pequenas, limitadas à submucosa), quer cirurgicamente (tumores do estroma gástricos e focos de endometriose).

76. ECOENDOSCOPIA EM 2011: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

P. Figueiredo, P. Pinto-Marques, N. Veloso, A. Nunes, M.J. Brito, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Introdução e objectivo: Desde o seu desenvolvimento inicial em 1980, o papel e as indicações da ecoendoscopia (EUS) têm sido expandidos, levando a sua actual popularidade. A punção aspirativa com agulha fina (FNA) fornece alguns dos dados mais relevantes obtidos por ecoendoscopia. Como em qualquer procedimento, a competência requer experiência, pelo que descrevemos a casuística 3 anos após a sua introdução na nossa instituição.

Métodos: Pesquisaram-se dados clínicos, ecoendoscópicos e laboratoriais dos exames realizados em 2011 na nossa instituição. Avaliaram-se indicações e qualidade da referenciação para a

realização de EUS; origem do doente; recurso a anestesia; recurso a FNA, número de alvos puncionados, agulhas utilizadas e resultados da FNA (inconclusiva, suspeita, diagnóstica).

Resultados: Analisaram-se dados de 499 exames, realizados em 476 doentes (263 homens, 213 mulheres; idade $64,3 \pm 13,7$ anos), sendo 46,5% provenientes de outra instituição. A qualidade da referenciação foi deficiente em 17,5% dos casos. Em 23,4% dos exames existiu apoio anestésico, em 68,3% foi realizada sedação por gastroenterologista e em 8,3% não foi realizada sedação. As indicações para EUS foram: patologia oncológica em 51,3% dos casos (Pâncreas - 16,8%, Estômago - 15,2%, Recto - 7,3%, Outros - 12%), lesão subepitelial em 12,3%, patologia biliar em 12,3%, pancreatite em 5%, quisto pancreático em 6,1%, patologia mediastínica em 3,6%, estudo pré-polipectomia em 1,8%, e outros em 7,6%. Em 32,7% dos exames realizou-se FNA. Foi puncionado mais do que um alvo em 17,3% destes. As agulhas utilizadas foram: 19 gauge em 9,2% dos casos, 19 gauge trucut em 3,5%, 22 gauge em 51,2%, 22 gauge ProCore em 7%, e 25 gauge em 29,1%. O estudo laboratorial das 174 FNA foi conclusivo em 75,3% dos casos, suspeito em 14,4% e inconclusivo em 10,3%.

Conclusões: Na nossa instituição a EUS é realizada maioritariamente sem apoio anestésico para avaliação de neoplasias, sobretudo de origem pancreática, registando-se elevada taxa diagnóstica por FNA.

77. ENDOSCOPIA URGENTE NA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA: AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DE 1 ANO

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

Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE.

Objectivo: Análise descritiva da endoscopia digestiva baixa (EDB) na urgência em contexto de hemorragia digestiva baixa.

Métodos: Análise retrospectiva das EDB realizadas entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2010. Foram avaliados: sexo e idade dos doentes, motivo, tipo de preparação, tempo até realização, diagnóstico/terapêutica, eficácia e extensão do exame.

Resultados: Foram realizadas 3.218 EDB, 294 (9,14%) em contexto de urgência e destas 195 (66,3%) motivadas por hemorragia digestiva baixa. Os exames foram realizados entre 1-24 horas após pedido de colaboração da Gastroenterologia, a maioria (66,7%, $n = 130$) em menos de 4 horas. A preparação intestinal consistiu em enemas de limpeza (83%) ou preparação oral com polietilenoglicol (17%), dependendo da situação e opção do gastroenterologista. Os doentes (109 mulheres e 86 homens) apresentavam uma média de idades de 69,9 anos (16-95). Foram considerados eficazes 167 (85,6%) dos exames. Em 12,8%, o exame foi ineficaz por falência diagnóstica/terapêutica sobretudo devido a má preparação intestinal, e 12,3% ($n = 24$) foram submetidos a novo exame. As principais indicações foram: em 165 doentes (84,6%) hematoquézia e em 30 (15,4%) diarreia sanguinolenta. Principais etiologias: colite isquémica (21,54%), patologia do canal anal (16,92%), neoplasia colo-rectal (9,23%), doença diverticular (7,69%), colite infecciosa (7,18%) e úlceras do colon/recto (6,15%). Foi realizada terapêutica endoscópica em 38 (23%) dos exames realizados por hematoquézia (diagnósticos mais frequentes: 11 úlceras do colon/recto, 7 hemorragias por escara, 4 angiodisplasias e 4 pólipos), verificando-se recidiva hemorrágica em 4 destes. Foi necessário aporte transfusional em apenas 36 doentes com hematoquezia (média de 3,1 unidades de glóbulos vermelhos). Foram internados 65,2% ($n = 116$) dos doentes, com um tempo de internamento médio de 4,5 dias (1-19). Dezassete doentes encontravam-se já internados.

Conclusões: A colonoscopia tem um papel relevante no diagnóstico e terapêutica em contexto de urgência, em particular nas situações de hemorragia digestiva baixa.

78. AINE E COXIB: “À LUZ” DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

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

Hospital Espírito Santo, Évora.

Objectivo: Os anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e os inibidores selectivos da COX-2 (COXIB) são fármacos de utilização clínica frequente, existindo poucos ensaios relativos à frequência/magnitude das suas complicações gastrointestinais. Avaliou-se sintomatologia, frequência e tipo de lesões gastro-duodenais, incidência de hemorragia digestiva alta (HDA) e avaliação dos critérios para profilaxia.

Métodos: Análise retrospectiva de relatório e ficha de inquérito pré-endoscopia, dos doentes submetidos a EDA em 2010, a efectuar AINE/COXIB.

Resultados: Incluíram-se 109 doentes (89 mulheres), idade média 62,7 anos, em 1.682 EDA (6,5%). 51,4% referenciado pelo Centro Saúde e 11,9% pelo S.U. 46,8% apresentavam factores de risco de complicações associadas aos AINE (86,3% > 65 anos; 13,7% história prévia de úlcera péptica não hemorrágica). 67,9% apresentavam sintomas, sendo a epigastralgia o mais frequente (38,5%). Hematemeses/melenas presente em 15 doentes (13,8%), motivando o internamento em 11 casos. A incidência anual de HDA associada a AINE/COXIB foi de 8,8/100.000 habitantes (distrito Évora: 170.535 habitantes). 76,1% tomavam AINE e 23,9% COXIB. 46,8% efectuava IBP. A percentagem de doentes com critérios (idade > 65 anos e úlcera péptica não hemorrágica) que efectuava IBP foi 68,6%, verificando-se associação estatisticamente significativa entre toma de IBP e presença de critérios ($p < 0,05$). Nos doentes do S.U. nenhum efectuava IBP (critérios em 61,5%). A EDA mostrou alterações em 70,6% (gastropatia erosiva 31,2%; esofagite erosiva 22%; úlcera gástrica 16,9%; úlcera duodenal 13%). 18,2% apresentavam lesões com estigmas de hemorragia, realizado hemostase endoscópica em 50%. Não se verificou associação entre os achados endoscópicos e o tipo de anti-inflamatório/toma de IBP ($p > 0,05$).

Conclusões: A frequência dos achados endoscópicos e de factores de risco estão presentes num número significativo de doentes. A incidência de HDA é inferior a outras séries. Os doentes com factores de risco provenientes do ambulatório na generalidade efectuam IBP, contudo nenhum doente do S.U. tomava IBP (a maioria com critério). A profilaxia tem papel primordial na redução das lesões gastro-duodenais.

Fígado

79. MORTALIDADE EM INTERNAMENTOS POR ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

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

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução: A encefalopatia hepática portossistémica (EHPS) é uma complicação possível da cirrose hepática, motivando vários internamentos e associada a um mau prognóstico.

Objectivo: Avaliar os factores associados a uma maior mortalidade em internamentos por EHPS.

Métodos: Estudo retrospectivo com análise de 441 episódios de EHPS, que motivaram internamento no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011.

Resultados: A maioria dos doentes eram do género masculino (74%), com uma média de idades de 61 anos, o álcool foi a principal etiologia da cirrose (61%) e em 56% dos casos, os doentes pertenciam à classe C na classificação Child-Turcotte-Pugh (CTP). À data de internamento, em 61% dos episódios os doentes estavam medicados com diuréticos, 46% faziam lactulose e 5% rifaximina. Em 2% dos casos, os doentes tinham TIPS. O principal factor precipitante identificado foi a infeção (34%) e a terapêutica diurética (32%). Em 66% dos episódios, os doentes tinham uma EHPS grau II e a duração média de internamento foi de 7 dias. Vinte por cento dos episódios resultaram em óbito hospitalar. A mortalidade durante o internamento esteve associada a um score de MELD, MELD-Na e CTP mais elevados ($p < 0,001$), internamentos mais prolongados ($p = 0,03$), valor de potássio sérico mais elevado ($p = 0,03$), valores de sódio sérico e taxa de filtração glomerular mais baixos (respectivamente $p = 0,005$ e $p = 0,014$). Um grau mais elevado de EHPS esteve associado a uma maior mortalidade ($p < 0,001$), com óbito em 74% dos episódios de doentes admitidos com grau IV. Doentes com hemorragia digestiva alta ($p < 0,001$) ou infeção ($p = 0,029$) tiveram pior prognóstico comparativamente aos que a terapêutica diurética foi o factor precipitante, que tiveram uma mortalidade mais baixa ($p = 0,001$).

Conclusões: Doentes admitidos por EHPS com score MELD ou MELD-Na mais elevados, Child C, EHPS grau IV, com hemorragia digestiva alta ou infeção, internamentos mais prolongados, valores de sódio sérico e taxa de filtração glomerular mais baixos ou potássio sérico mais elevado têm maior mortalidade em internamentos hospitalares.

80. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR HIPERTENSÃO PORTAL - IMPACTO NA SOBREVIVÊNCIA E FATORES PREDITIVOS EM DOENTES COM CIRROSE

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

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

Introdução: A mortalidade permanece elevada nos doentes com cirrose internados por hemorragia digestiva por varizes, sendo essencial determinar na abordagem destes doentes os fatores que influenciem a sua sobrevida.

Objectivo: Determinar fatores preditivos de recidiva hemorrágica, sobrevivência e mortalidade em doentes cirróticos após hemorragia digestiva alta por hipertensão portal.

Métodos: Foram avaliados, de forma retrospectiva, 170 doentes cirróticos internados com hemorragia digestiva por varizes seguidos na nossa instituição. Procurou-se identificar fatores preditivos para mortalidade, analisando: o grau de insuficiência hepática, a gravidade da hemorragia, parâmetros endoscópicos, distúrbios de coagulação e etiologia da cirrose.

Resultados: Predominam os doentes do sexo masculino (82%), com idade média de 57 ± 13 anos. A sobrevivência média global foi de 118 ± 11 semanas. Os doentes falecidos tinham idade média superior ($p = 0,031$), maior necessidade transfusional ($p = 0,003$), bilirrubina mais elevada ($p < 0,001$), níveis inferiores de albumina ($p < 0,001$), INR mais elevado ($p < 0,001$), MELD/MELD-Na elevado ($p < 0,001$), TFG inferior ($p = 0,001$) e AST mais elevada ($p = 0,003$). Nos doentes que não faleceram, os fatores preditivos de internamento mais prolongado: classificação de Child-Pugh ($p = 0,009$) e seus componentes, infeção ($p = 0,01$), síndrome hepato-renal (SHR) ($p = 0,001$) e utilização de somatostatina vs terlipressina ($p = 0,026$). Fatores preditivos de menor sobrevivência: presença de ascite ($p < 0,001$), encefalopatia ($p < 0,001$), Child-Pugh B e C ($p < 0,001$), recurso à sonda de Blakemore ($p = 0,003$), ocorrência de infeção ($p = 0,009$) e SHR ($p < 0,001$). Entre os fatores de risco para recidiva hemorrágica incluem-se: hipotensão na

admissão ($p = 0,003$) e a ausência de beta-bloqueador à data de alta ($p = 0,003$). Fatores preditivos de maior sobrevivência: colocação de TIPS ($p = 0,013$) e manutenção em programa de erradicação de varizes após alta ($p = 0,003$).

Conclusões: Os fatores preditivos de mortalidade mais significativos após hemorragia por varizes são: a infeção, ascite, encefalopatia, valores de Child e MELD/MELD-Na mais elevados. A utilização de terlipressina foi mais eficaz que a somatostatina na redução do tempo de internamento.

81. DOENÇA DE WILSON: INDICAÇÕES PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO E RESULTADOS

M. Nuno Costa, A. Morbey, J. Saiote, D. Carvalho, J. Esteves, A. David Marques, R. Cavaco, N. Germano, L. Bento, H. Pinto Marques, E. Barroso

Serviço de Gastrenterologia e Unidade de Urgência Médica, Centro Hospitalar de Lisboa Central. Centro Hepato-Bilio-Pancreático, Hospital Curry Cabral.

Introdução: A doença de Wilson (DW) é um distúrbio hereditário relacionado com uma diminuição da excreção biliar de cobre, levando à sua acumulação no fígado e cérebro. O transplante hepático (TH) é frequentemente necessário na presença de insuficiência hepática aguda (IHA) ou de doença hepática em estágio terminal (DHET).

Objectivo: Avaliar a experiência em TH no contexto de DW de um centro de referência em transplantação.

Métodos: Entre Março de 1995 e Fevereiro de 2012 foram efectuados no nosso Centro 1313 transplantes em 1140 doentes. Para este estudo apenas foram considerados os doentes com DW. Avaliaram-se as suas características demográficas, clínicas e histológicas, complicações clínicas e sobrevida pós-transplante. A sobrevida global foi calculada através do método de Kaplan-Meier.

Resultados: Efectuaram-se 15 TH em 12 doentes com DW (5 mulheres, 7 homens), com uma média de idades de 26,6 anos (15-34 anos). Os motivos para TH foram a DHET (7 casos) e a IHA (5 casos). Registaram-se 3 TH por rejeição. Nos casos de IHA, o diagnóstico de DW baseou-se na biópsia hepática (1 doente), na histologia do fígado transplantado (3 doentes) e em alterações laboratoriais (1 doente). Seis dos 7 doentes com cirrose hepática tinham efectuado terapêutica prévia com penicilamina, trientina ou ácido de zinco, em dois deles interrompida precocemente. Dois doentes faleceram no pós-TH imediato (aos 21 e 59 dias) devido a insuficiência renal aguda e infeção por citomegalovírus. Um outro doente foi re-transplantado 3 vezes. Não houve mortalidade tardia. A sobrevida global pós-transplante foi de 83,3% aos 5 e 10 anos.

Conclusões: A DW pode ter como manifestação inaugural a IHA. Nos doentes com cirrose hepática, a descompensação pode ser precipitada pela interrupção terapêutica. A DW é uma indicação rara para transplante, fundamental em formas graves da doença, permitindo uma boa sobrevivência a longo prazo.

82. QUAL O VALOR DA ALFA-FETOPROTEÍNA NO DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR?

A. Fernandes¹, J. Carvalheiro¹, M.J. Pereira¹, S. Giestas¹, P. Henriques², R. Ferreira¹, M. Ferreira¹, S. Mendes¹, Z. Romão¹, C. Agostinho¹, R. Mesquita¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Alfa-Fetoproteína (AFP) é um marcador tumoral tradicionalmente utilizado no rastreio e diagnóstico do carcinoma

hepatocelular (CHC). No entanto, apresenta baixa sensibilidade e especificidade, pelo que a sua utilização é controversa.

Objectivo: Avaliar o contributo da AFP no diagnóstico do CHC em doentes cirróticos submetidos a rastreio semestral com ecografia abdominal e doseamento de AFP.

Métodos: Foram incluídos, retrospectivamente, 62 doentes (Grupo A) com diagnóstico de CHC estabelecido por imagiologia, com ou sem biópsia, entre 2003 e 2011 (sexo masculino-55 doentes; média etária-69,5 ± 10,6 anos). Principais etiologias da cirrose: álcool-74,2%; vírus-12,8%; NASH-8,1%. Classificação de Child-Pugh: A-33,9%; B-48,4%; C-17,7%. O número mediano de nódulos era de 1 (1 a 10) e o tamanho médio do nódulo de maiores dimensões era de 6,8 ± 4,9 cm. Todos os nódulos foram detetados nas ecografias de rastreio à exceção de 1 doente (nódulo detetado na RM, solicitada por valor elevado de AFP). Como grupo controlo (Grupo B) foram incluídos os doentes cirróticos sem CHC, submetidos a rastreio no ano de 2011, com confirmação imagiológica da ausência de nódulos hepáticos (101 doentes; sexo masculino-78; média etária-60,8 ± 12,7 anos; Etiologias: álcool-70,3%; Vírus-20,9%; Cirrose Biliar Primária-5%; Classificação Child-Pugh: A-78,2%; B-16,8%; C-5%). Procedeu-se à comparação dos níveis de AFP registados para os 2 grupos (valor no momento do diagnóstico para o GRUPO A). Estudo estatístico efetuado com SPSS v17.0.

Resultados: Os níveis medianos de AFP(Ul/ml) foram, respetivamente, de 61,6 (1,1-227.300) para o Grupo A e 3,2 (0,7-86,6) para o Grupo B (p = 0,045).

Conclusões: Estes resultados sugerem que a AFP poderá contribuir para detetar CHC nos doentes com cirrose hepática; contudo, nesta série, o seu contributo só superou o da ecografia em 1 doente, pelo que a sua relação custo-benefício será questionável.

83. CARCINOMA HEPATOCELULAR: O AVANÇO NA SOBREVIVÊNCIA COM AS NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

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

Serviço de Gastreenterologia, Hospital São João, Porto.

Introdução: Carcinoma hepatocelular (CHC) é das neoplasias mais comuns: Actualmente é, em termos mundiais, a 6ª neoplasia mais frequente e a 3ª causa de morte relacionada com cancro.

Objectivo: Avaliar a sobrevivência dos CHC tratados com o algoritmo terapêutico actual.

Métodos: Estudo retrospectivo que envolveu todos os doentes da consulta de Hepatologia com CHC, tratados desde 2008.

Resultados: foram incluídos 82 doentes, 88% do género masculino. Em 58,5% a etiologia foi vírica, a maioria VHC, e em 23,4% foi etílica. A maioria dos doentes envolvidos tinha sinais clínicos de cirrose e 48,9% estavam em programa regular de vigilância para CHC. Trinta e sete doentes eram Child-Pugh (CP) A, 39% CP B e 16% CP C. Relativamente ao estadio BCLC para o CHC: 36% A, 26% B, 22% C e 16% D. Apenas 16 doentes tiveram diagnóstico confirmado histologicamente. Dos doentes incluídos, 65 fizeram tratamento dirigido: 34 doentes com sorafenib, 24 com TACE, 13 doentes submetidos a hepatectomia, 9 com radiofrequência e 2 realizaram transplante hepático. Quarenta e dois doentes mantêm seguimento em consulta, os restantes faleceram. A sobrevivência média global foi de 872 ± 112 dias. Os doentes com complicações da cirrose tiveram menor sobrevivência (p = 0,006). A complicação com maior impacto na sobrevivência foi a ascite (p = 0,004). A sobrevivência nas diferentes classes de CP foram estatisticamente diferentes entre si (p = 0,002), bem como nos diferentes estadios de BCLC (p < 0,001). Os doentes tratados têm maior sobrevivência (p = 0,001), verificando-se o benefício significativo para todas as modalidades, excepto para o sorafenib.

Conclusões: Cerca de 80% dos doentes com CHC são actualmente submetidos a tratamento eficaz, com aumento da sobrevivência em todas as modalidades.

84. CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA: NÍVEL DE IGM COMO MARCADOR DE RESPOSTA BIOQUÍMICA AO ÁCIDO URSODESOXICÓLICO

D. Ferreira, J. Ferreira, R. Magalhães, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, A. Rodrigues, T. Moreira, J. Areias, R. Marcos-Pinto, I. Pedroto

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

Objectivo: Caracterizar os doentes com diagnóstico de cirrose biliar primária (CBP) analisar retrospectivamente a evolução clínica e bioquímica dos mesmos. Avaliar os factores de resposta bioquímica ao Ácido ursodesoxicólico (AUDC).

Métodos: Variáveis analisadas: A) Histologia, B) Marcadores imunológicos, C) Títulos de IgM e IgG, D) Outras variáveis (sexo, idade de diagnóstico, bioquímica hepática na apresentação e score de Mayo). Foi analisada, retrospectivamente, a evolução clínica e analítica dos pacientes após introdução de Ácido Ursodesoxicólico (AUDC) e avaliados os factores de resposta bioquímica à terapêutica com AUDC.

Resultados: População analisada: 51 doentes com diagnóstico de CBP. Tempo médio de seguimento na consulta: 9,5 anos. A) Realizaram biópsia hepática 70,5% (n = 36) dos casos. Quanto aos achados histológicos: 13,9% (n = 5) estadio I; 44,4% (n = 16) estadio II; 38,9% (n = 14) estadio III e 2,8% estadio IV. B) 84,3% (n = 43) são AMA +; 37,3% (n = 19) ANA+. Foram determinados os anticorpos GP210 e SP 100 em 11 (21,6%) dos doentes: 73% são SP100 + e 36% GP210+. C) 65,3% (n = 32) apresentavam IgM elevada na apresentação. Os títulos de IgM foram significativamente mais elevados nos doentes AMA + (p = 0,002). Após introdução de AUDC apenas 29% apresentaram normalização da FA e 25,4% da GGT. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre os títulos de IgM no diagnóstico e os valores actuais de bilirrubina (p = 0,002), FA (p = 0,001), GGT (p = 0,001) e score de Mayo (p = 0,029).

Conclusões: Os doentes AMA+ apresentam níveis de IgM significativamente mais elevados. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de IgM no diagnóstico e o valor actual de bilirrubina, FA e GGT. Coloca-se a hipótese que doentes com títulos de IgM mais elevados possam apresentar uma resposta bioquímica e eventualmente histológica menos satisfatória e pior prognóstico a longo prazo. Estudos prospectivos e multicêntricos podem ser importantes para clarificar esta questão.

85. A TROMBOSE DA VEIA PORTA EM DOENTES CIRRÓTICOS, ASSOCIA-SE A DOENÇA HEPÁTICA AVANÇADA E ELEVADA MORTALIDADE

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

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

Introdução e objectivo: A trombose da veia porta (TVP) ocorre em 0,6 a 26% cirróticos. No entanto, há pouca informação sobre manifestações clínicas e efeito no prognóstico. O objectivo foi identificar as implicações clínicas de TVP em cirróticos sem carcinoma hepatocelular (CHC).

Métodos: Estudamos sequencialmente 49 cirróticos com TVP sem CHC. Analizamos a gravidade de cirrose, apresentação clínica, tipo

e extensão de TVP. Estudamos os factores associados à mortalidade no final de seguimento.

Resultados: Os 49 cirróticos com TVP tinham idade média de 57 ± 12 anos, sendo 33 (67%) homens. Etiologia de cirrose: Álcool-30(61%), álcool + vírus-8 (16%), vírus-4 (8%) e outros-7 (14%). A média de escore de CP era 8 ± 3 e de MELD 14 ± 7 . Distribuição de acordo com classe de CP: A-13 (26%), B-22 (45%), C-14 (29%). Na altura de diagnóstico de TVP, 40 (82%) doentes tinham manifestações atribuíveis a hipertensão portal ou TVP. As principais manifestações clínicas foram hemorragia digestiva alta em 24 (49%) e dor abdominal em 14 (29%). Documentou-se TVP não cavernomatosa em 43 (88%) e cavernoma em 6 (12%). A TVP envolvia o tronco principal em 40 (80%), ramo direito em 27 (55%) e o tronco principal e ambos os ramos em 16 (33%). Verificou-se trombose concomitante da veia mesenterica superior em 12 (25%) e veia esplénica em 8 (16%). O tempo mediano de seguimento foi $11,8$ (2,6-33,4) meses. A mortalidade no final do estudo foi 23 (47%). Cirróticos que faleceram durante o seguimento eram mais velhos ($60,1 \pm 12,2$ vs $54,4 \pm 11,9$, $p = 0,062$) e tinham doença hepática mais avançada com escores de CP (10 ± 2 vs 7 ± 2 , $p < 0,001$) e MELD (16 ± 7 vs 12 ± 6 , $p = 0,012$). Não se identificaram outros factores associados à mortalidade. As infecções, principal causa de mortalidade, associaram-se a 14 (61%) óbitos.

Conclusões: A maioria dos doentes tinha cirrose avançada na altura do diagnóstico de TVP. Cirróticos com TVP que faleceram durante o seguimento padeciam de doença hepática significativamente mais avançada. O diagnóstico precoce e anticoagulação quando indicada poderá melhorar a sobrevida nestes doentes.

86. COLESTASE INTRA-HEPÁTICA: QUANDO A CAUSA É POUCO FREQUENTE

V. Romão, J. Tavares, S. Calretas, R.M. Santos, J.M. Nascimento Costa

Serviço de Medicina Interna (HUC), CHUC-EPE, Coimbra.

Introdução: As alterações hepáticas colestáticas podem associar-se a uma diversidade de etiologias. O diagnóstico pode tornar-se difícil, sendo a histologia decisiva. Apresentam-se 2 casos referenciadas à consulta por alteração das provas hepáticas.

Casos clínicos: A) Mulher, 38 anos, com elevação da AST 2xLSN (limite superior do normal), ALT 1,6xLSN, fosfatase alcalina (FA) 3xLSN e GGT 13xLSN. Referia dor no hipocôndrio direito e prurido generalizado esporádicos. Consumidora de chás, medicada com contraceptivo oral desde há 20 anos. Exame objectivo normal. Excluídas causas metabólicas e infecciosas. Identificado ligeiro aumento da IgM, ANA's +++ e Ac anti-mitocondriais negativos. Ecografia abdominal normal. A biópsia hepática (BH) revelou actividade inflamatória ligeira e lesões do epitélio ductal. B) Mulher, 53 anos, com AST 2,5xLSN, ALT 3xLSN, FA 1,8xLSN, GGT 3,7xLSN, bilirrubina total 5,1 (directa 3,4) mg/dl. Queixas de prurido e sintomas constitucionais desde há 2 meses, icterícia, e posteriormente colúria e acolia. História de toma de naproxeno até há 2 meses. Antecedentes de patologia osteoarticular degenerativa, tiroidite auto-imune com hipotiroidismo e dislipidémia. Ao exame objectivo, IMC 36 Kg/m^2 e escleróticas subictéricas. Um mês depois, verificou-se redução para cerca de 1/3 da ALT e normalização da restante bioquímica hepática. Apresentava ligeiro aumento de IgM e ANA's +++. A ecografia mostrava vesícula multilitiásica. Cinco meses depois, as aminotransferases e FA voltaram a aumentar progressivamente, atingindo valores de AST 16xLSN, ALT 11xLSN, GGT 10xLSN e FA 2xLSN, sem hiperbilirrubinémia. A BH revelou hepatite colestática com lesão ductal, sem sinais de colangiopatia obstrutiva, sugerindo colestase intra-hepática e esteatose macrovesicular < 5%. Nos dois casos, face aos resultados estabeleceu-

se o diagnóstico de colangiopatia auto-imune. Ambas iniciaram ácido ursodesoxicólico.

Conclusões: Com estes casos pretende-se chamar a atenção para uma entidade nosológica pouco frequente, de difícil caracterização e a necessitar de critérios de diagnóstico mais precisos e esclarecedores, bem como condutas terapêuticas mais claras.

87. PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA (PBE): UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

P. Salgueiro, M. Magalhães, R. Magalhães, R. Pimentel, P. Lago, J. Ferreira, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: A PBE é uma complicação frequente na cirrose hepática. Tem apresentação clínica muito variável, podendo mesmo ser diagnosticada em doentes assintomáticos. A instituição precoce de antibioterapia tem influência no prognóstico e deverá ter em conta as resistências bacterianas locais.

Objectivo, métodos: Análise das caracterizas dos doentes internados entre 2008 e 2011 com o diagnóstico de PBE, em contexto de cirrose hepática, relativamente a: 1) apresentação clínica, 2) antibioterapia utilizada e isolamento de agente, 3) complicações e mortalidade intrainternamento, 4) taxa de recorrência, 5) taxas de sobrevida aos 6 e 12 meses.

Resultados: 60 internamentos (55 doentes) com idade média de 59 anos ($\pm 3,5$). As etiologias mais frequentes de cirrose hepática foram o consumo de álcool e VHC (75%). 1) Apresentação clínica: Encefalopatia 50%; Febre 40%; Dor abdominal 27%; Assintomáticos 8%. 2) A cefotaxima foi o antibiótico mais utilizado: 97%. Houve isolamento bacteriológico em 19 doentes (em apenas 1 caso, o microrganismo isolado era resistente à cefotaxima). Agentes isolados: Streptococcus viridans 32%; Escherichia coli 32%; Klebsiella pneumoniae 16%; Streptococcus agalactiae 10%; Proteus mirabilis 5%; Staphilococcus aureus 5%. 3) Choque séptico e hemorragia digestiva foram as complicações mais frequentes, 7 e 5 casos, respetivamente. Mortalidade intrainternamento: 25%. 4) Taxa de recorrência (durante o primeiro ano): 8%. 5) Taxas de sobrevida aos 6 e 12 meses: 45% e 28%.

Conclusões: A elevada sensibilidade à cefotaxima confirma que esta deverá ser a antibioterapia de primeira linha. A mortalidade intrainternamento bem como as taxas de sobrevida aos 6 e 12 meses são concordantes com a literatura publicada. A taxa de recorrência encontrada foi bastante mais baixa do que em outras series publicadas (40 a 70%/ano), o que pode relacionar-se com a prescrição de antibioterapia profilática a todos os doentes que tiveram alta.

88. CORRELAÇÃO ENTRE MORTALIDADE AOS 3 MESES E SCORES DE GRAVIDADE NA HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA

J. Santos-Antunes, E. Rodrigues-Pinto, F. Vilas-Boas, S. Rodrigues, A. Albuquerque, F. Ferreira, M. Marques, H. Cardoso, G. Macedo

Centro Hospitalar de S. João.

Introdução: A hepatite alcoólica aguda (HAA) pode ter uma apresentação clínica muito semelhante à cirrose descompensada, sendo por isso difícil o seu diagnóstico e tem uma mortalidade elevada. Modelos de score como a função discriminante de Maddrey (FDM), modelo para doença hepática terminal (MELD), score de Glasgow de hepatite alcoólica (GAH) e modelo de Lille (ML) são úteis na avaliação prognóstica de doentes com HAA. Objectivo: Avaliar a capacidade de predição dos diversos scores em relação à mortalidade aos 3 meses.

Métodos: Estudo transversal dos doentes com HAA. Foram avaliados a FDM, o MELD, GAH e o ML.

Resultados: Foram incluídos 39 casos de HAA no estudo (26 do sexo masculino). A idade média no internamento foi de 45 anos (27-63). A taxa de mortalidade aos 3 meses foi de 23% (n = 9); 64% dos doentes (n = 25) não tinham co-factores para além do álcool, sendo a hepatite B o co-factor mais comum (10%) nos restantes. Em 14 doentes (36%) a função renal estava agudizada, sem diferenças significativas em relação ao outcome. Foi iniciada terapêutica com corticoide (por FDM > 32 e/ou por encefalopatia) em 15 doentes (38%) e em 2 em associação com pentoxifilina. Em 47% (n = 7) dos doentes que iniciaram terapêutica com corticoide observou-se resposta completa (SL < 0,16), sendo que 13% dos doentes foram não respondedores (SL > 0,56); o SL não teve significado estatístico na predição de outcome aos 3 meses (p = 0,253). Das variáveis analisadas, só o score de GAH (p = 0,004) e a leucocitose ($17,2 \times 10^9$ vs $8,6 \times 10^9$; p = 0,005) é que se encontram significativamente associados a um maior risco de morte aos 3 meses, sem diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis.

Conclusões: A mortalidade em doentes com HAA é elevada, sendo o score de GAH e a leucocitose os que apresentaram maior valor preditivo de mortalidade aos 3 meses neste série.

89. HEPATITE AGUDA COLESTÁTICA INDUZIDA PELA TALIDOMIDA: CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

F. Vilas-Boas¹, R. Gonçalves¹, M. Sobrinho-Simões², J. Lopes³, G. Macedo¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Hematologia; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: A talidomida, altamente teratogénica, foi inicialmente comercializada para tratamento do enjoo da gravidez e como agente sedativo. Nos últimos anos tem vindo a ser explorado o seu potencial no tratamento de várias condições nomeadamente o mieloma múltiplo (MM). Têm sido atribuídos vários efeitos adversos à utilização da talidomida contudo a hepatotoxicidade só raramente foi reportada.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um homem de 77 anos, com o diagnóstico de MM tratado com o esquema prednisolona, melfalano e talidomida (MPT). O doente desenvolveu hepatite aguda colestática 4 semanas após início da terapêutica. Foram excluídos hepatite vírica, consumo de bebidas alcoólicas ou consumo de outros medicamentos e produtos de ervanária. O estudo das doenças metabólicas e da auto-imunidade foi negativo. A biópsia hepática demonstrou hepatite colestática com lesões compatíveis com toxicidade. Após descontinuação da talidomida foi constatada normalização progressiva das provas hepáticas.

Discussão: O contexto clínico, a associação temporal entre o início da talidomida e o aparecimento das alterações das provas hepáticas, associadas à prova histológica de toxicidade, permitiram assumir o diagnóstico de hepatite colestática aguda induzida pela talidomida. Apresentamos ainda uma revisão da literatura sobre a hepatotoxicidade da talidomida, detalhando os 7 casos reportados até à data.

90. TAXAS DE RVS E RESISTÊNCIAS VIRAIS EM DOENTES TRATADOS COM TELAPREVIR+PEGIFN/RBV, POR ESTADIO DE FIBROSE HEPÁTICA

P. Marcellin¹, J. Sullivan⁶, M.W. Fried², T.L. Kieffer⁶, G.M. Dusheiko³, E.C. Martin⁶, D.R. Nelson⁴, A. Di Bisceglie⁵, C.I. Wright⁶, S. George⁶, L. Bengtsson⁶, D.J. Bartels⁶, G.T. Everson⁷, N. Adda⁶

¹University of Paris Clichy, France. ²University of North Carolina at Chapel Hill, USA. ³Royal Free and University College, UK.

⁴University of Florida, USA. ⁵Saint Louis University School of Medicine, USA. ⁶Vertex Pharmaceuticals Incorporated, USA.

⁷University of Colorado Denver, USA.

Introdução: Fibrose avançada e cirrose comprometem a resposta virológica ao peginterferão/ribavirina(PR) na hepatite C crónica(VHC). Estudos ADVANCE e ILLUMINATE (fase III) avaliaram a segurança e eficácia de telaprevir(T) com PR no tratamento de doentes VHC G1 naive. Foi avaliado o efeito do estadió da fibrose hepática na resposta ao tratamento e na ocorrência de variantes resistentes(VARs) ao telaprevir.

Métodos: Comparação das taxas de resposta virológica com T12PR(ADVANCE(N = 903) /ILLUMINATE(N = 540) agrupados) e PR (ADVANCE apenas) entre doentes sem/mínima ou fibrose portal(F0-F2) e doentes com fibrose em ponte ou cirrose(F3-F4). Nos doentes sem resposta virológica sustentada(RVS), foi analisada por sequenciação populacional vírica a presença de VARs, de baixo ou elevado grau, segundo estadió da fibrose.

Resultados: A melhoria nas taxas de eRVR, EOT, RVS, recidiva, e falência virológica (FV) observada com T12PR vs PR não foi diferente entre os grupos F0-F2 e F3-F4 (tabela). Nos doentes sem RVS e com dados de sequenciação disponíveis (n = 223), a fracção de VARs foi semelhante independentemente do estadió de fibrose(baixo grau: F0-F2: 40%, F3-F4: 43%; grau elevado: F0-F2: 35%, F3-F4: 41%). Nos doentes com VARs detectáveis após FV e genotipagem (n = 152), o tempo para a perda de VARs também foi semelhante entre os estádios de fibrose (mediana: 9 meses, F0-F2; 10 meses, F3-F4).

Conclusões: A terapêutica baseada em telaprevir forneceu uma melhoria comparável nas taxas de RVS vs PR, independentemente do estadió de fibrose. As taxas de FV e recidiva foram superiores nos doentes com F3-F4. Nos doentes sem RVS, os perfis de resistência e o tempo para a perda de VARs foram semelhantes, independentemente do estadió da fibrose.

91. TERAPÊUTICA COM TELAPREVIR+PEGIFN/RBV GUIADA PELA RESPOSTA EM DOENTES COM VHC G1, COM RECIDIVA PRÉVIA A PEGIFN-ALFA E RIBAVIRINA

A.J. Muir¹, B. Adiwijaya², F. Poordad³, L. Gritz², L. Bengtsson², D. Luo⁴, G. Picchio⁴, R.S. Kauffman², N. Adda²

¹Duke Clinical Research Institute, EUA. ²Vertex Pharmaceuticals Incorporated, EUA. ³Cedars-Sinai Medical Center, EUA. ⁴Tibotec BVBA, Bélgica.

Objectivo: Os resultados dos estudos de Fase II (PROVE3 e 107) e Fase III (ADVANCE, ILLUMINATE, REALIZE) de telaprevir (T) revelaram que os doentes recidivantes ao tratamento prévio com peginterferão/

Tabela 90.

Estadió Fibrose	Tratamento	eRVR, %	EOT, %	RVS, %	Recidiva, %	FV, %
F0-F2	T12PR(N = 681)	65	88	76	6	6
PR (N = 288)	9	66	47	26	29	
F3-F4	T12PR(N = 222)	55	82	63	14	12
	PR (N = 73)	5	55	33	35	42

ribavirina (PR) apresentaram resposta durante o tratamento e taxa de resposta virológica sustentada (RVS) elevadas e comparáveis às taxas de RVS dos doentes naives.

Métodos: Análise post-hoc das taxas de RVS e recidiva em doentes recidivantes, de acordo com a duração do tratamento e níveis indetectáveis de ARN-VHC nas semanas 4 e 12 de tratamento (eRVR) e comparada com doentes naives. Adicionalmente, foi desenvolvido um modelo dinâmico viral para prever as taxas de RVS para diferentes durações de PR, em doentes naives e recidivantes.

Resultados: Características basais de doentes recidivantes com eRVR foram semelhantes às dos doentes naives. As respostas virológicas precoces (semanas 4 e 12) foram semelhantes entre os recidivantes no braço de tratamento T12PR48 e naives no grupo T12PR24. No estudo ILLUMINATE, as taxas de recidiva em naives com eRVR foram 6% (T12PR24) e 2% (T12PR48). No REALIZE, a taxa global de recidiva foi de 3% em recidivantes. No Estudo 107 e PROVE 3, as taxas de recidiva em recidivantes com eRVR foram 0% (0/24) e 7% (2/28), respectivamente (T12PR24). O modelo desenvolvido previu que as diferenças nas taxas de RVS entre os esquemas T12PR, com e sem terapêutica guiada pela resposta, eram semelhantes em naives e recidivantes (1-2%), consistente com os dados clínicos observados.

Conclusões: Nos doentes recidivantes com eRVR durante a terapêutica combinada com telaprevir de 24 semanas, as taxas de RVS foram comparáveis ou superiores relativamente aos doentes naives, e as taxas de recidiva foram baixas. As previsões realizadas e os dados clínicos observados apoiam a utilização da terapêutica guiada pela resposta em doentes recidivantes prévios.

	T12PR24,n/N(%)	T12PR48,n/N(%)
ADVANCE	195/2012 (92)	NA
ILLUMINATE	149/162 (92)	144/160 (90)
PROVE3	25/28 (89)	NA
ESTUDO 107	24/24 (100)	NA
REALIZE	NA	208/218 (95)

92. DIFERENTE PROBABILIDADE DE RVS COM TVR+PEGIFN/RBV EM DOENTES COM INSUCESSO TERAPÊUTICO PRÉVIO, INDEPENDENTE DE RESPOSTA SEMELHANTE A LEAD-IN

S. Zeuzem¹, G.R. Foster², P. Andreone³, S. Pol⁴, E.J. Lawitz⁵, M. Diago⁶, S. Roberts⁷, P.J. Pockros⁸, Z. Younossi⁹, I. Lonjon-Domanec¹⁰, R. Van Heeswijk¹¹, S. De Meyer¹¹, D. Luo¹², S. George¹³, J. Witek¹², G. Picchio¹²

¹U. Johann Wolfgang Goethe. ²U. Londres Queen Mary. ³U. Bolonha. ⁴U. Paris Descartes. ⁵Alamo Med Res. ⁶H. Geral Valência. ⁷Alfred Hosp. ⁸Scripps Clinic. ⁹Inova Fairfax H. ¹⁰Janssen Pharmac. ¹¹Tibotec BVBA. ¹²Tibotec Inc. ¹³Vertex Pharmac.

Introdução: No estudo REALIZE (Fase III), a caracterização da resposta anterior (recidiva, resposta parcial, resposta nula) forneceu melhor previsão de RVS com telaprevir (T) mais peginterferão (P) e ribavirina (R) que a redução $< \text{ou} \geq 1 \log_{10}$ de ARN-VHC após 4 semanas de lead-in com PR. Efetuou-se uma análise utilizando intervalos mais curtos de resposta do ARN-VHC à semana 4, para determinar se o aperfeiçoamento destas categorias ($< \text{ou} \geq 1 \log_{10}$) tem impacto na RVS com esquema com Telaprevir, em recidivantes, respondedores parciais e nulos. **Métodos:** doentes com VHC G1 foram aleatorizados 2:2:1 para tratamento durante 12 semanas com TPR (início imediato [T12/PR48] ou com lead-in [LI T12/PR48])

seguido de PR, ou placebo/PR (Pbo12/PR48), num total de 48 semanas. Estratificação baseada na carga viral e na resposta prévia a PR. Foi avaliada a relação entre cinco intervalos de resposta (ARN-VHC) após 4 semanas de lead-in e a RVS, nos braços de LI T12/PR48 e PR.

Resultados: Estavam disponíveis dados de ARN-VHC na Semana 4 em 121 e 239 doentes nos grupos PR e LI T12/PR48, respectivamente. Os recidivantes ou respondedores parciais com respostas muito débeis na Semana 4 de lead-in (0-0,5 \log_{10}) atingiram taxas de RVS substancialmente superiores do que os respondedores nulos com respostas semelhantes neste ponto temporal. Os respondedores nulos apresentaram a maior amplitude de taxas de RVS ao tratamento com TVR (6% a 80%).

Conclusões: Nos doentes com deficiente resposta durante o tratamento com PR (redução de ARN-VHC $< 1 \log_{10}$, semana 4), os respondedores nulos, conforme definido no REALIZE, revelaram diferenças relativamente aos respondedores parciais e recidivantes na capacidade de atingir RVS com esquema contendo TVR. Isto sugere que a utilização exclusiva do lead-in para prever a RVS com TVR em doentes com insucesso terapêutico prévio, poderá não prever a verdadeira probabilidade de RVS e realça a importância da categorização da resposta anterior para prever resposta ao tratamento com TVR.

93. ELASTOGRAFIA EM TEMPO REAL NA AVALIAÇÃO NÃO INVASIVA DA FIBROSE HEPÁTICA NA HEPATITE CRÔNICA VÍRICA - ESTUDO COMPARATIVO COM BIÓPSIA HEPÁTICA

J. Magalhães, S. Leite, C. Marinho, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães.

Introdução: O “gold standard” para determinação do grau de fibrose na hepatite crónica vírica continua a ser a biópsia hepática, mas vários métodos não invasivos foram desenvolvidos com objectivos idênticos, nomeadamente a Elastografia em Tempo Real (RTE). **Objectivo:** Avaliação da utilidade da RTE na determinação não invasiva da fibrose hepática em doentes com hepatite crónica vírica, comparando-a com resultado da biópsia hepática (BH).

Métodos: Estudo prospectivo, incluindo 15 doentes, 10 dos quais com hepatite crónica por vírus B e 5 por vírus C, referenciados para BH, com realização prévia de ecografia e RTE (Sonda externa linear EUP-L52 3-7Mhz, Ecógrafo Hitachi HI VISION Avius). Realizada RTE, com aquisição de quatro imagens classificadas num score de fibrose 0-4 visualmente segundo o padrão de cores e segundo um software de cálculo do índice de fibrose hepática. O estadió de fibrose na biópsia hepática foi classificado segundo o score METAVIR (F0-F4). Análise estatística realizada com SPSS.19, considerando-se o nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: De acordo com os resultados da BH os doentes foram classificados com os seguintes estadios de fibrose: 3 doentes F0, 7 doentes F1, 5 doentes F3. O score da RTE calculado foi 1 em 2 doentes, 2 em 7 doentes, 3 em 6 doentes. A correlação entre o score RTE calculado e o estadió histológico segundo o coeficiente de Spearman foi moderada (0,56, $p = 0,03$), não se verificando uma correlação significativa entre o score RTE classificado visualmente e o estadió histológico (0,30, $p = 0,23$).

Conclusões: A RTE revelou-se um método não invasivo promissor na avaliação da fibrose hepática, e apesar das limitações amostra, revelou resultados significativos com recurso ao software de cálculo do índice de fibrose, sendo de esperar que a continuação do estudo e a validação clínica do software de cálculo possa contribuir para uma maior eficácia e reprodutibilidade do método.

94. ESPECTRO DE UMA CONSULTA DE HEPATOLOGIA: IDENTIFICAR E AGRUPAR PROBLEMAS

R. Küttner Magalhães, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, D. Ferreira, A. Rodrigues, T. Moreira, J.M. Ferreira, I. Pedroto

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

Introdução: A doença hepática representa uma causa importante de morbi-mortalidade e constitui motivo frequente de referência para consulta especializada.

Objectivo: Descrição do espectro de doenças hepáticas que motivam referência, estudo e eventual seguimento em consulta de Hepatologia de um Hospital terciário.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, no qual foram analisadas características demográficas e clínicas dos doentes avaliados no período de 12 meses do ano 2011.

Resultados: Efectuadas 4.405 consultas a 1.842 doentes, 58% (n: 1.069) do sexo masculino. A média global das idades foi de 53,2 anos (17-91): 54,4 anos no sexo feminino e 52,3 anos no sexo masculino (p: 0,001). O motivo de seguimento foi: Doença Hepática Vírica em 57,2% (n: 1.053), Doença Hepática metabólica em 12,4% (n: 229), doença hepática alcoólica isolada em 9,9% (n: 182), lesões nodulares (LNs) em 5,8% (n: 106) e doença hepática imune (DHI) em 7,8% (n: 103). Registou-se um predomínio do sexo masculino em todas as etiologias, excepto na Hepatite auto-imune (1H/6,8M), Cirrose Biliar Primária (1H/16,3M), Síndrome de sobreposição (1H/7,0M) e nas LNs (1H/2,8M). Os doentes com infecção pelo Vírus da Hepatite B são os mais jovens, com uma média de idades de 48,5 anos (17-81; p < 0,001), enquanto que os que apresentam uma idade média mais elevada são os que têm doença hepática alcoólica isolada, com 60,6 anos (21-87; p:0,004) e os que têm DHI, com 57,8 anos (21-83; p < 0,001).

Conclusões: A identificação da etiologia da doença hepática que motiva referência para consulta especializada, é fundamental. Permite priorizar medidas e orientar a nossa intervenção na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e atraso de complicações, nomeadamente nas infecções víricas que representam a maioria dos doentes.

95. HIDATIDOSE HEPÁTICA HUMANA: ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DURANTE UMA DÉCADA.

A. Santos, V. Bettencourt, A. Vieira, C. Leitão, A. Monteiro, A. Banhudo, A. Loureiro

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: A hidatidose é uma zoonose parasitária com uma incidência aproximada de 2,2/100.000 habitantes em Portugal. Tem como agente etiológico céstodos do género *Echinococcus*. O seu diagnóstico baseia-se na clínica, epidemiologia e técnicas imagiológicas, sendo suportado em testes serológicos. O tratamento de eleição, quando possível, é a exérese do quisto, coadjuvado com os derivados benzimidazólicos.

Objectivo e métodos: Com o objectivo de analisar a experiência da unidade de saúde dos autores, fez-se a revisão dos processos clínicos dos doentes com o diagnóstico de alta de quisto hidático hepático, num período de 10 anos (1 de Janeiro de 2001 até à actualidade), correspondendo a um total de 40 doentes.

Resultados: Apurou-se uma ocorrência média de 4 casos/ano de hidatidose hepática; predomínio do género feminino (55%); média de idades de 60,05 anos (16-96). O grupo de doentes com profissões relacionadas com o sector primário (27,5%) foi o mais representativo. A forma de apresentação clínica mais frequente foi a dor abdominal (65%). O diagnóstico foi efectuado utilizando sempre, concomitantemente, métodos imagiológicos e serológicos. A dimensão média (o maior diâmetro) dos quistos hepáticos

determinada imagiológicamente foi de 8,7 cm (4-24). A localização mais frequente foi o lobo direito (62,5%). A terapêutica mais utilizada foi a cirúrgica (57,5%). Todos os doentes submetidos a terapêutica tiveram alta clinicamente melhorados, excepto 2 doentes (1 falecimento e 1 transferência para outra unidade hospitalar).

Conclusões: Os autores concluem que a incidência de hidatidose hepática na área abrangida pela unidade de saúde é de aproximadamente 3,69 casos/100.000 habitantes/ano, sendo ligeiramente superior à nacional. A distribuição por género e idade desta casuística está de acordo com os dados disponíveis na literatura, no entanto, a relação com o contexto epidemiológico de contacto com animais contaminados não foi verificada por provável ausência desses registos nos processos clínicos.

96. CORRELAÇÃO ENTRE A GRAVIDADE DO FÍGADO GORDO NÃO-ALCOÓLICO E O PADRÃO ALIMENTAR EM DOENTES COM OBESIDADE MÓRBIDA

I. Mendes de Almeida, E.Ferreira, S. Policarpo, P. Almeida Nunes, M. Machado, A. Costa, F. Carepa, J.Coutinho, H. Cortez-Pinto

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, EPE.

Introdução: A esteatose hepática está presente em mais de 85% dos obesos mórbidos embora apenas 15 a 30% desenvolvam esteatohepatite não-alcoolica (EHNA). Entre os fatores que contribuem para a EHNA, o padrão alimentar poderá desempenhar um papel importante. O objetivo do estudo foi caracterizar o padrão alimentar de indivíduos obesos antes de realizar cirurgia bariátrica (CB) correlacionando com a severidade histológica hepática.

Métodos: Incluíram-se 77 indivíduos, com avaliação de antropometria (peso, altura e Índice de Massa Corporal - IMC) e bioquímicos antes da CB. A amostra para biópsia foi colhida durante a CB. Um questionário de frequência alimentar semi-quantitativo (QFA) foi aplicado por Dietista. As biópsias foram classificadas de acordo com o score NAS. A EHNA foi definida com base na presença e severidade da esteatose, inflamação, balonização de hepatócitos e grau de fibrose. Excluíram-se outras causas de doença hepática.

Resultados: Idade média: 43 ± 11 anos, 65 mulheres (84%) e IMC 46.1 ± 7,9 kg/m². A maioria (99%) apresentava esteatose simples e 13 (16,6%) tinham EHNA. Não foram observadas diferenças entre grupos com e sem EHNA, respetivamente para: energia (2.338 ± 504 vs 2.767 ± 1.195 kcal/dia), proteína (108 ± 30,1 vs 129 ± 56,7 g/dia), glicídios (292 ± 94,6 vs 329 ± 143,3 g/dia), lípidos (87 ± 25,4 vs 109 ± 54,5 g/dia), fibra (35 ± 10,4 vs 32 ± 14,5 g/dia) ou colesterol (319 ± 140 vs 289 ± 226 mg/dia). Observou-se uma ingestão de cafeína inferior no grupo com EHNA (52,9 ± 39,7 vs 98,3 ± 71,6 mg/dia, p = 0,016). A ingestão de cafeína correlacionou-se negativamente com o score NAS (r = -0,277, p = 0,015), mas não com o grau de fibrose hepática.

Conclusões: O consumo de cafeína poderá ser protetor no desenvolvimento/agravamento da EHNA. Não se observaram diferenças no padrão alimentar de macronutrientes deste grupo de obesos. Possivelmente, existirá um ponto de acumulação crítico de gordura hepática a partir do qual o consumo não influencia o risco de desenvolver EHNA ou progressão da fibrose, que poderá depender de outros fatores (individuais/genéticos).

97. POLIMORFISMOS DA IL28B: CARACTERIZAÇÃO DE UMA SUBPOPULAÇÃO PORTUGUESA

R. Herculano, L. Carvalho, M. Bispo, T. Bana, P. Peixe, L. Matos

Hospital Egas Moniz/Chlo.

Introdução: Estudos internacionais mostraram que os doentes com infecção crónica do vírus C e genótipo CC da interleucina 28B

humana (IL28B) têm maior probabilidade de resposta virológica sustentada (RVS) ao tratamento.

Objetivo: Caracterizar a distribuição genotípica da IL-28B em doentes com hepatite C crónica seguidos num Centro Hospitalar Português.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com hepatite C crónica, naive, previamente tratados ou sob tratamento segundo as recomendações internacionais, com o estudo da IL 28b. Procurou-se caracterizar esta população no que respeita a dados demográficos, clínicos (comorbilidades) laboratoriais (carga viral e valor de transaminases), grau de fibrose (histologia, fibroscan e elastografia em tempo real) e a resposta virológica ao tratamento.

Resultados: Desde outubro de 2011 até janeiro de 2012 foi solicitado o estudo da IL 28b a 64 doentes do nosso centro, 76% do sexo masculino, 93,6% raça caucasiana, com idade média de 59 anos. Esta população apresentava comorbilidades em 38% dos casos. Verificou-se a prevalência do genótipo C/T, C/C e T/T em 33 (51,5%), 17 (26,5%) e 14 (21,8%) doentes, respectivamente. Verificou-se RVS em 21 doentes: 29,4% do genótipo C/T (17 doentes tratados, 41,2% do genótipo 1), 3 com resposta virológica precoce (RVP) e 5 com resposta virológica rápida (RVR); 82,0% do genótipo C/C (11 tratados, 54,5% do genótipo 1), 3 com RVP e 6 com RVR; e 50% do genótipo T/T (9 doentes tratados, 38,0% do genótipo 1), 2 com RVP e 1 com RVR. Os doentes com RVS apresentavam cargas virais elevadas (definida > 5log) em 95,2% antes do tratamento; em 5 doentes demonstrou-se fibrose mais avançada (Metavir F2/F3) e em 8 transaminases elevadas 2 vezes o limite superior da normalidade.

Conclusões: Este estudo mostrou uma maior prevalência do genótipo C/T na nossa população. Verificou-se uma vantagem do tratamento convencional nos doentes com genótipos C/C e T/T em oposição ao C/T, particularmente nos doentes com VHC genótipo 1, corroborando os dados da literatura actual.

Pâncreas E Vias Biliares

98. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FUGAS BILIARES PÓS-COLECISTECTOMIA

I. Marques, J. Canena, L. Ricardo, A. Lagos, L. Meireles, D. Horta, C. Romão, P. Coutinho, J. Deus, B. Neves

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte Hospital Fernando da Fonseca, Lisboa.

Introdução e objetivo: As fugas biliares podem ser complicações da colecistectomia, que se associam a morbilidade e mortalidade não desprezíveis se não forem tratadas precocemente. A abordagem endoscópica é aceite como o tratamento de escolha, sendo conflituosos os resultados sobre a melhor terapêutica e a sua taxa de sucesso. Este estudo avaliou a eficácia clínica da CPRE no tratamento de fugas biliares pós colecistectomia.

Métodos: Estudo retrospectivo de 83 doentes submetidos a CPRE para o tratamento de fugas biliares pós colecistectomia num período de 8 anos. As variáveis analisadas incluíram: sucesso técnico e clínico, número de CPREs realizadas por doente, tipo de

intervenções utilizadas para o encerramento das fugas, complicações, reintervenções e necessidade de cirurgia por falência endoscópica.

Resultados: As fugas localizavam-se: 52 (62,5%) no coto cístico, 20 (24%) do tipo Luschka e 11 (13,5%) no hepático comum/via biliar principal. A taxa de sucesso relacionada com a primeira intervenção (ETE + prótese biliar) foi de 86,7%, com tempo médio de resolução de 63 dias (15-135 dias) e com média de 2 exames/doente. Nos doentes com persistência da fuga (11 doentes, 13,3%), em 8 doentes foram colocadas 2 ou mais próteses plásticas com uma média adicional de 1,25 exames/doente e com tempo médio de resolução de 51 dias; nos restantes 3 doentes foi colocada uma prótese metálica auto-expansível totalmente coberta (PMAETC) com uma média adicional de 1 exame/doente e com tempo médio de resolução de 23 dias. A taxa de sucesso final foi de 100% e não se detectaram complicações major associadas aos procedimentos.

Conclusões: A estratégia de ETE+prótese plástica permite a resolução de fugas pós colecistectomia em cerca de 85% dos casos. Nos casos de falência da terapêutica inicial a colocação de PMAETCs parece ser a estratégia de eficácia mais rápida e associada a menor número de exames.

99. ESTENOSSES BILIARES BENIGNAS: EFICÁCIA E SEGURANÇA DA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA

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

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

Introdução: A abordagem endoscópica permite tratar de um modo conservador uma proporção importante das estenoses biliares benignas.

Objetivo: Avaliar a eficácia e segurança da terapêutica endoscópica de diferentes tipos de estenoses biliares benignas.

Métodos: Análise retrospectiva de 30 doentes (58 ± 17 anos) submetidos a CPRE por estenoses biliares benignas de diferentes etiologias: I: iatrogénica; II: compressão extrínseca (CE); III: papilite/estenose papilar; IV: litíase biliar (LB). Variáveis analisadas: realização de esfínterectomia, dilatação e/ou colocação de próteses, número de sessões terapêuticas, sucesso técnico e clínico, complicações e necessidade de cirurgia.

Resultados: As estenoses biliares foram de causa iatrogénica (maioritariamente pós-colecistectomia) em 13 doentes (43,3%), por CE em 7 (23,3%), papilite/estenose papilar em 6 (20,0%) e associadas a LB em 4 (13,3%). Follow-up médio pós-CPRE: 42,5 meses. Globalmente, a taxa de sucesso técnico e clínico foi de 80% e 76,7%, respectivamente, com uma média de 2 sessões terapêuticas/doente (1-4). O sucesso técnico foi 100% na LB ou papilite/estenose papilar, 85,7% na CE e 61,5% nas estenoses iatrogénicas. Procedeu-se a esfínterectomia em 90% dos doentes. Foi realizada dilatação biliar (balão hidrostático/dilatadores Savary) em 75,0% dos doentes com LB e 31,0% dos doentes com estenoses iatrogénicas. Colocaram-se próteses plásticas em 66,7% dos doentes. As estenoses iatrogénicas requereram com maior frequência próteses múltiplas (42,9%). As complicações foram sobretudo tardias, por obstrução ou migração das próteses biliares, ocorrendo em 23,3% dos doentes. Oito doentes (26,7%) necessitaram de cirurgia, sobretudo no grupo das estenoses iatrogénicas (38,5%).

Conclusões: A abordagem endoscópica foi bem sucedida em cerca de 80,0% dos doentes. As estenoses iatrogénicas foram as mais prevalentes; neste grupo, os doentes necessitaram com maior frequência de próteses múltiplas (42,9%), a taxa de sucesso técnico e clínico foi menor (61,5%) e foram necessárias mais cirurgias (38,5%). As complicações mais frequentes foram a obstrução ou a migração das próteses biliares.

100. STENTS PLÁSTICOS VS METÁLICOS NA OBSTRUÇÃO BILIAR MALIGNA

R. Carvalho, R. Cardoso, D. Gomes, N. Almeida, E. Camacho, A. Rosa, H. Gouveia, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Introdução: As opções para palição da obstrução biliar maligna incluem a colocação de stents plásticos ou metálicos. Os plásticos são seguros, eficazes e menos dispendiosos, mas com maiores taxas de oclusão.

Objectivo: Avaliar a patência das próteses plásticas e metálicas não cobertas na obstrução biliar maligna.

Métodos: Seleccionados retrospectivamente doentes submetidos a CPRE com colocação de primeira prótese biliar por obstrução maligna, entre 2008-2010, com follow-up (FU) mínimo de um mês. Avaliados tipos de obstrução e de prótese, complicações, reintervenção e patência. Análise estatística com testes qui-quadrado e t de Student.

Resultados: 121 doentes seleccionados, 79 (65,3%) com FU mínimo para inclusão (70,9 ± 11,5 anos, 62% homens). Apresentavam carcinoma pancreático 44,3%, colangiocarcinoma 31,7% e outros tumores 14%. 75,9% localizavam-se na VBP distal/média, os restantes tinham localização proximal. FU médio 10,4 ± 10,1 meses, sobrevivência média 10,3 ± 10,2 meses. Realizados 122 procedimentos aos 79 doentes. Opção inicial foi prótese plástica em 70,9% (56/74) e metálica em 29,1% (23/48). Submetidos a cirurgia com intuito curativo 15 (19%) doentes (44,5 ± 28,2 dias até intervenção). Registaram complicações tardias 62 (57,9%) procedimentos, e 67 (62,6%) reintervenção/substituição (colangite - 46,3%; obstrução sem colangite - 22,4%; indicação prévia - 11,9%; migração - 6%). Reintervenção mais frequente nas próteses plásticas (78,0% vs 43,8%, p < 0,01) e obstrução proximal (66,7% vs 61,2%, p = 0,4). Tempo de patência da primeira prótese superior quando a opção inicial foi prótese metálica (185,0 ± 46,3 vs 79,1 ± 10,8 dias, p = 0,035). Se opção inicial por prótese plástica, tempo de patência semelhante para ambos os tipos (154,3 ± 34,3 vs 141,1 ± 25,2 dias, p = 0,786) após substituição.

Conclusões: Verifica-se maior reintervenção nas próteses plásticas, e maior patência das próteses metálicas quando estas são a primeira escolha. No entanto, se opção inicial por prótese plástica, após a substituição o tempo de patência foi semelhante, o que nos leva a concluir que, nestas circunstâncias, poderá não haver vantagem em substituição por próteses metálicas.

101. VALOR PROGNÓSTICO DA PROTEÍNA C-REACTIVA PARA A GRAVIDADE, COMPLICAÇÕES LOCAIS, E MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR NA PANCREATITE AGUDA

F. Sousa Cardoso, L. Ricardo, A. Oliveira, D. Horta, J. Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução e objectivo: A proteína C-reativa (PCR) tem sido largamente usada na estratificação precoce do risco em doentes com pancreatite aguda. Este estudo propôs-se avaliar o valor prognóstico da PCR para a gravidade, as complicações locais, e a mortalidade intrahospitalar na pancreatite aguda.

Métodos: Neste coorte retrospectivo foram consideradas as determinações da PCR na admissão, às 24 horas, às 48 horas, e às 72 horas após a admissão de 299 doentes. O valor prognóstico da PCR para a gravidade, complicações locais, e mortalidade intrahospitalar na pancreatite aguda foi avaliado através da área debaixo da curva. A sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo, e o valor preditivo negativo foram calculados considerando dois pontos de corte da PCR diferentes.

Resultados: Dezasseis doentes (9%) desenvolveram pancreatite aguda grave, 35 (20,7%) apresentaram necrose, e 10 (3,3%) morreram. As áreas debaixo da curva da PCR às 48 horas após a admissão para a gravidade, necrose, e mortalidade intrahospitalar foram 0,83 (intervalo de confiança (IC) a 95% 0,73-0,93), 0,80 (IC a 95% 0,70-0,91), e 0,86 (IC a 95% 0,78-0,95), respectivamente. A especificidade da PCR às 48 horas após a admissão para a gravidade, a necrose, e a mortalidade intrahospitalar passou de 52,0% (IC a 95% 41,8-62,1), 49,5% (IC a 95% 39,1-59,9), e 50,8% (IC a 95% 43,4-58,2), respectivamente, considerando o ponto de corte 15 mg/dL, para 70,0% (IC a 95% 60,0-78,8), 67,4% (IC a 95% 57,0-76,6), e 66,5% (IC a 95% 59,2-73,2), respectivamente, considerando o ponto de corte 20 mg/dL, enquanto a sensibilidade permaneceu elevada.

Conclusões: A PCR às 48 horas após a admissão tem um bom valor prognóstico para a gravidade, necrose, e mortalidade intrahospitalar na pancreatite aguda, mas o seu ponto de corte tem de ser mais bem estudado.

102. COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA NO DOENTE MUITO IDOSO. RISCO ACRESCIDO DE COMPLICAÇÕES E INSUCESSO?

L. Meireles, J. Canena, I. Marques, A. Lagos, D. Sousa, A. Coutinho, C. Sousa, B. Neves

*Serviço de Gastrenterologia, Hospital Pulido Valente (CHLN).
Serviço de Cirurgia, Hospital do Litoral Alentejano.*

Introdução e objectivo: O envelhecimento acarreta um aumento de patologia biliar/pancreática com a consequente necessidade de realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Alguns trabalhos sugerem que este exame em doentes muito idosos está associado a um número crescente de complicações e insucesso. Este estudo avaliou a eficácia clínica e complicações após realização de CPRE em doentes com mais de 85 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo de 48 doentes consecutivos, com idade superior a 85 anos, submetidos a CPRE, num período de 26 meses, num único centro. Analisaram-se os dados demográficos, indicação, sucesso técnico e clínico, tipo de procedimentos terapêuticos, necessidade de manobras de recuperação pós anestesia, complicações e duração do internamento.

Resultados: O sucesso técnico foi obtido em 98% dos casos na primeira tentativa e em 100% na segunda. A idade média da população foi 89 anos (intervalo: 85-102) sendo 68% mulheres. As principais indicações foram: neoplasia biliar/pancreática (11 casos-23%), suspeita de coledocolitíase (18 casos-38%). As principais terapêuticas associadas foram: ETE (n = 36) próteses biliares (n = 26); extracção de cálculos (n = 22), litotricia mecânica (4). Ocorreram complicações em 8% dos doentes (pancreatite em 2 doentes-4%). Não houve casos de: 1) necessidade de ventilação mecânica pós anestesia; 2) hemorragia necessitando de transfusão; 3) mortalidade associada à CPRE. A mediana do tempo de internamento pós exame foi de 2 dias (intervalo: 1-100).

Conclusões: Não existem limitações de idade para a realização de CPRE que em doentes muito idosos apresenta um perfil de sucesso e segurança sobreponível à das outras idades.

103. COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA NO IDOSO: INDICAÇÕES, COMPLICAÇÕES E RESULTADOS

M. Velosa^{1,2}, P. Pereira², A. Ribeiro², A. Sarmento², F. Ferreira², S. Rodrigues², G. Macedo²

¹Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal. ²Hospital S. João, Porto.

Introdução: Com o envelhecimento da população tem-se verificado um crescente uso da colangiopancreatografia retrógrada

endoscópica (CPRE) na avaliação da patologia pancreatobiliar em doentes idosos. As características desta faixa etária, nomeadamente a maior prevalência de co-morbilidades, pode associar-se a uma maior taxa de complicações relacionadas com o procedimento.

Objectivo: Avaliar a eficácia, segurança e complicações da CPRE em doentes com idade igual ou superior a 80 anos.

Métodos: Realizamos a revisão retrospectiva de 356 CPRE efectuadas entre 1 de Julho de 2010 a 31 de Janeiro de 2012. Foram incluídos 89 exames correspondentes a 74 doentes com idade compreendida entre 80 e 97 anos, a maioria do género feminino (58,1%). As indicações para o exame foram: coledocolitíase 75,3% (n = 67), complicada com colangite em 32,8% (n = 22) e pancreatite aguda em 23,9% (n = 16); obstrução neoplásica em 8,9% (n = 8), 5 por neoplasia cefalo-pancreática e 3 por colangiocarcinoma. O índice de canulação foi de 87,6%. Em cerca de 4 casos (4,5%) o exame não foi possível ou foi incompleto por contra-indicação anestésica e/ou complicações relacionadas com a anestesia. O exame foi inconclusivo em 4 casos (4,5%) por não ser possível atingir a segunda porção duodenal. Em 3 exames, todos referentes à mesma doente, não foi possível a canulação da papila, sendo necessário tratamento cirúrgico. Em 32 exames, os doentes cumpriam medicação anti-agregante e/ou anti-coagulante. Verificaram-se duas complicações (2,6%): uma pancreatite aguda e um episódio de hemorragia, sem necessidade de suporte transfusional. Três doentes faleceram durante o internamento por causas não relacionadas com o procedimento.

Conclusões: A CPRE é eficaz e segura na população idosa. As comorbilidades apresentadas pelos doentes não aumentaram a taxa de complicações relacionadas com o procedimento.

104. PALIAÇÃO DE OBSTRUÇÕES MALIGNAS DAS VIAS BILIARES COM PRÓTESES METÁLICAS AUTO-EXPANSÍVEIS - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

L. Ricardo, A. Oliveira, F. Cardoso, C. Rodrigues, D. Horta, J. Canena, J. Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora-Sintra.

Introdução e objectivo: A colocação endoscópica de próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) permite a descompressão biliar em doentes com neoplasias primárias, doença metastática ou compressão extrínseca das vias biliares. A patência deste tipo de próteses, relativamente às de plástico, torna-as uma opção preferível mesmo tendo em conta o seu custo superior. Este estudo avaliou a eficácia clínica da colocação de PMAE na paliação de doentes com estenoses malignas das vias biliares.

Métodos: Estudo retrospectivo (Junho de 2009 a Fevereiro de 2012) de todos os doentes consecutivos que foram submetidos à colocação de PMAE para a paliação de neoplasias irresssecáveis bilio-pancreáticas. As variáveis analisadas incluíram: sucesso técnico e clínico, patência das próteses, complicações, reintervenções e sobrevida.

Resultados: Foram tratados 71 doentes, 38 (53,5%) do sexo masculino, com idade média de 72,1 anos. As causas de estenose foram: neoplasia do pâncreas-52,1% (n = 37); colangiocarcinoma-31% (n = 22); lesão metastática-8,4% (n = 6); neoplasia da vesícula-5,6% (n = 4) e ampoloma-2,8% (n = 2). Obteve-se sucesso técnico e clínico em todos os doentes. Os valores médios de bilirrubina total antes e cinco dias após a colocação da prótese foram de 13,9 e 6,6 mg/dL, respectivamente. Verificou-se oclusão da prótese em 9,8% dos doentes (n = 7), em média 117,7 dias após a sua colocação; estes doentes foram tratados com colocação de novas PMAE com 100% de sucesso terapêutico. Não se verificaram outras complicações, nomeadamente migração, hemorragia ou perfuração. A patência das próteses aos 3, 6 e 12 meses foi de 95,2, 84,4 e 80%

respectivamente. A sobrevida média aos 3, 6 e 12 meses foi de 69,0, 58,6 e 44,3% respectivamente.

Conclusões: A colocação endoscópica de PMAE constitui um método eficaz de paliação em doentes com estenoses malignas das vias biliares. Assegura uma rápida drenagem biliar, com baixas taxas de complicações e patência prolongada, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

105. QUISTOS DO PÂNCREAS AVALIADOS POR ECOENDOSCOPIA: PUNÇÕES, OPERAÇÕES E COMPLICAÇÕES

C. Fidalgo¹, S. Faias¹, J. Pereira da Silva¹, R. Fonseca², A. Dias Pereira¹

¹*Serviço de Gastreenterologia;* ²*Serviço de Anatomia Patológica, IPOLFG, EPE.*

Introdução e objectivo: As lesões quísticas pancreáticas representam um desafio diagnóstico cuja história natural é pouco conhecida. A decisão de efectuar manobras diagnósticas invasivas, como a punção guiada por ecoendoscopia (EUS-FNA), deve ser ponderada face à acuidade diagnóstica e ao risco de eventuais complicações. O manejo destas lesões por cirurgia ou vigilância depende da convicção diagnóstica e das condições clínicas do doente.

Métodos: Caracterizar uma série de ecoendoscopias (EUS) realizadas durante um período de 6 anos (Junho 2006 a Março 2012), descrevendo as características da população, a taxa de complicações desta técnica, os diagnósticos obtidos por EUS (com ou sem punção) e correlacioná-los com a peça cirúrgica ou follow-up clínico/imagiológico.

Resultados: Realizadas 125 EUS em 113 doentes (1 dte- 4 EUS, 1 dte-3 EUS e 7 dtes- 2 EUS), 69 (61%) do sexo feminino, idade média 61 ± 14 anos (18-86), tempo de follow-up médio 21 ± 22 meses (0-108), a maioria (68%) assintomáticos. Realizadas 106 FNAs, com citologia diagnóstica em 29% dos casos e possibilidade de doseamento de marcadores em 96 casos (91%). Dos 113 doentes: 57 (60%) em follow-up imagiológico; 22 (23%) operados (peça- 2 cistadenomas serosos, 5 neoplasias mucinosas quísticas, 8 IPMNs, 2 TNE, outros = 5); 12 (12%) orientados para QT/terapêutica paliativa e os restantes 4 (4%) perdidos para follow-up. Excelente concordância do diagnóstico EUS/peça operatória. Complicações: 1 caso de pancreatite aguda na punção de presumível pseudoquisto na cauda do pâncreas (0,9%).

Conclusões: A Ecoendoscopia é uma técnica segura e útil na estratificação terapêutica de lesões quísticas do pâncreas. Numa elevada percentagem dos procedimentos foi conseguida a punção, com obtenção de citologia diagnóstica em um terço dos casos e doseamento de marcadores tumorais em mais de 90%. A taxa de complicações foi reduzida (< 1%).

106. RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE ESTENOSE BILIAR PÓS-COLECISTECTOMIA

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

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

Caso clínico: Mulher de 46 anos, com antecedentes de coledocolitíase e litíase vesicular, submetida a colecistectomia laparoscópica electiva em Maio de 2010. Dois meses antes da cirurgia, foi realizada CPRE com esfínterectomia biliar e extracção de dois cálculos volumosos da via biliar principal (VBP) após dilatação papilar com balão. Seis dias após a colecistectomia, por icterícia coleostática, foi realizada CPRE, que revelou estenose anelar iatrogénica da VBP, na união do terço superior com o terço médio (tipo I de Bismuth), com

ectasia ligeira da árvore biliar a montante. Procedeu-se a dilatação da estenose com balão TTS até 4 mm e colocação de prótese biliar plástica (PP) recta (10 Fr), tendo-se verificado nos meses seguintes uma evolução clínica e analítica favorável. Após seis meses, foi realizada CPRE electiva, que revelou manutenção da estenose, tendo-se decidido pela sua calibração progressiva, com colocação de 2 PP duplo pigtail (7 Fr) e, após 3 meses, colocação de 3 novas PP duplo pigtail (7 Fr). Ao final de 6 meses, foram removidas electivamente estas 3 PP, com o colangiograma a revelar melhoria significativa do calibre da VBP, mantendo ainda, contudo, anel subestenótico que se dilatou com balão TTS até 8 mm; não existia dilatação da árvore biliar intra-hepática nem qualquer ressalto ou resistência à passagem do balão de Fogarty. Três meses após o procedimento, foi realizada colangio-RM que revelou normal morfologia e calibre das vias biliares intra-hepáticas (VBIH) e da VBP. Com um follow-up de seis meses após a última CPRE, a doente apresenta-se assintomática e sem quaisquer alterações analíticas.

Discussão: Actualmente, a terapêutica endoscópica com dilatação e/ou colocação de próteses nas estenoses biliares pós-colecistectomia, se necessário ao longo de várias sessões, permite obter taxas elevadas de sucesso técnico e clínico, podendo reservar-se a cirurgia para os casos de insucesso da abordagem endoscópica conservadora.

107. CONCORDÂNCIA ENTRE A ECOENDOSCOPIA DE INTUITO DIAGNÓSTICO, RM E TC NA PATOLOGIA PANCREATO-BILIAR

S. Rodrigues, S. Lopes, P. Pereira, F. Baldaque, J. Santos-Antunes, E. Rodrigues-Pinto, J.A. Sarmiento, A. Ribeiro, G. Macedo

Centro Hospitalar de S. Joao, Porto.

Introdução: Existem vários estudos a relatar um grau de concordância significativo entre RM e TC e a ecoendoscopia (EUS) para patologia benigna e maligna pancreato-biliar.

Objectivo: Avaliar concordância da EUS com RM e TC no diagnóstico de doença pancreato-biliar e a concordância entre a EUS/RM/TC com o diagnóstico final.

Métodos: Análise retrospectiva de 100 ecoendoscopias realizadas consecutivamente e respectivo exame de imagem, TC ou RM, na nossa instituição. O intervalo limite entre ambos exames foi sempre inferior a 6 meses. Foram utilizados como exames de controlo para o diagnóstico final a cirurgia ou CPRE. Foram excluídos doentes referenciados de outros hospitais e que não apresentavam exame de imagem.

Resultados: Foram incluídos 100 doentes, 47% com RM e 53% com TC abdominal. Predominam os doentes do sexo masculino (62%) e a idade média foi de 59 anos + 14. Quanto à etiologia, 54% dos doentes foram referenciados por suspeita doença pancreática e os restantes por patologia biliar. Em 24% dos casos, tratava-se de uma suspeita de doença maligna. Os graus de concordância entre EUS e RM ($\kappa = 0,51$) e a TC ($\kappa = 0,48$) foram moderados. Face ao diagnóstico final, os graus de concordância da EUS ($\kappa = 0,71$), RM ($\kappa = 0,71$) e TC ($\kappa = 0,63$) foram sobreponíveis.

Conclusões: No diagnóstico de doenças pancreato-biliares a EUS, RM e TC apresentam um desempenho sobreponível de concordância.

108. TUMORES PANCREÁTICOS MALIGNOS: CASUÍSTICA DE 7 ANOS

M.J. Pereira, J. Carvalheiro, A. Fernandes, Z. Romão, R. Mesquita
Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HG.

Introdução: Os Tumores Pancreáticos Malignos (TPM) são entidades agressivas associadas a mau prognóstico.

Objectivo: Caracterização dos TPM com base na clínica, diagnóstico, estadiamento, tratamento e sobrevida.

Métodos: Análise retrospectiva de 50 doentes com TPM internados no Serviço de Gastreenterologia de 01/01/2005 a 31/10/2011. Excluídos 4 doentes por dados incompletos.

Resultados: Incluídos 46 doentes caucásicos, 50% sexo masculino, idade média 75 ± 10 anos. Sinais e sintomas: icterícia 76% (n = 35), astenia 73,9% (n = 34), anorexia e emagrecimento 73,9% (n = 34), dor abdominal 50% (n = 23), dorsalgia 15% (n = 7), esteatorreia 6,5% (n = 3); tempo de evolução médio $31 \pm 24,6$ dias. Pancreatite aguda foi manifestação inicial em 2,2% (n = 1) e a colangite em 6,5% (n = 3). Antecedentes: Diabetes Mellitus 30,4% (n = 14), pancreatite crónica 10,8% (n = 5), tabagismo 21,7% (n = 10), alcoolismo crónico 15% (n = 7) e familiar 1º grau com TPM 6,5% (n = 1). Estudo analítico (valores médios): Bilirrubina total-303 mg/dL (0-674), Bilirrubina directa-85 mg/dL (0-516), FA-628 U/L (79-2.767), GGT-779 U/L (27-2.723), TGO-198 U/L (29-482), TGP-233 U/L (29-732). CA 19,9- 2480,9 U/mL (21,2-10.000). A TAC abdominal foi o exame mais utilizado para estadiamento 78,2% (n = 36). Localização: cabeça- 80,4% (n = 37), corpo- 15,2% (n = 7), cauda- 4,3% (n = 2). Dimensão tumoral média: $4,2 \pm 1,9$ cm. Punção aspirativa por ecoendoscopia digestiva alta realizada em 21,7% (n = 10), permitindo diagnóstico histológico de adenocarcinoma ductal 90% (n = 9) e carcinoma acinar 10% (n = 1). Estádios (Classificação TNM American Joint Committee on Cancer): I- 4,3% (n = 2); II- 6,5% (n = 3); III- 32,6% (n = 15); IVA- 10,8% (n = 5); IVB- 45,8% (n = 21). Terapêutica realizada: cirurgia- 6,5% (n = 3) (posteriormente identificadas lesões irresecáveis na laparotomia); paliativa- 93,5% (n = 43). Próteses biliares- 58,7% (n = 27) [CPRE- 88,8% (n = 24), CPT-11,2% (n = 3)], drenagem biliar externa- 6,5% (n = 3), quimioterapia- 10,9% (n = 5). Terapêutica médica para a dor- 80,4% (n = 37). Sobrevida média 5 meses.

Conclusões: 1) Os TPM foram maioritariamente diagnosticados em estádios avançados, com prognóstico reservado. 2) As terapêuticas paliativas, mormente as próteses biliares e a analgesia para a dor, foram fundamentais para a qualidade de vida destes doentes.

109. NEOPLASIAS DA AMPOLA DE VATER: CASUÍSTICA DE 5 ANOS

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

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: O carcinoma da Ampola de Vater é uma entidade clínica pouco frequente, ocorrendo de forma esporádica ou em doentes com polipose adenomatosa familiar. Representa 2% de todos os carcinomas e 5% dos tumores do aparelho digestivo, tendo um pico de incidência na 6ª década de vida. A maioria dos ampulomas são adenocarcinomas. O seu diagnóstico precoce e preciso, bem como a instituição da terapêutica adequada, são de importância decisiva no prognóstico.

Objectivo: Rever a experiência de 5 anos, de uma Unidade Local de Saúde, no diagnóstico, orientação e follow-up de doentes com o diagnóstico de neoplasia da Ampola de Vater.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com o diagnóstico de Neoplasia da Ampola de Vater, efectuado numa Unidade de Saúde, durante um período de 5 anos (1 de Janeiro de 2007 até 31 de Dezembro de 2011), correspondendo a um total de 39 doentes. Foram analisados os seguintes parâmetros: sexo, idade ao diagnóstico, manifestações clínicas, orientação terapêutica e evolução.

Resultados: Estudados 39 doentes, 17 do sexo feminino e 22 do sexo masculino. Idade média ao diagnóstico: 75 anos (48-90). Sintomatologia mais frequente: Icterícia (43,6%). Verificou-se um

aumento progressivo dos casos diagnosticados ao longo do tempo: (n = 4 em 2007, n = 4 em 2008, n = 6 em 2009, n = 13 em 2010 e n = 12 em 2012). O tipo histológico mais frequentemente encontrado foi o Adenocarcinoma (38,5%) e a forma de abordagem terapêutica mais utilizada foi a abordagem cirúrgica, nomeadamente a pancreato-duodenectomia e a ressecção local limitada.

Conclusões: O carcinoma da Ampola de Vater é uma entidade rara, que tem vindo a ser reconhecida com maior frequência, tal como aparece na amostra em estudo. A obstrução ao fluxo biliar é frequentemente um fenómeno precoce e a cirurgia continua a ser o gold standard no tratamento de tumores peri-ampulares.

Instantâneos Endoscópicos

110. TUMOR MUCINOSO INTRADUCTAL PAPILAR PANCREÁTICO: IMAGEM ULTRASSONOGRÁFICA ATÍPICA

A. Nunes, N. Veloso, P. Pinto-Marques, M.J. Brito, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Doente do sexo feminino, com 60 anos de idade, com lesão quística pancreática detectada em exame ecográfico realizado após episódio de cólica renal. Realizou tomografia computadorizada abdominal que identificou dilatação do Wirsung condicionada por lesão mista predominantemente quística, localizada na região cefálica e recesso uncinado, com 36 × 25 mm. A ressonância magnética revelou marcada dilatação do Wirsung em toda a sua extensão, bem como do canal de Santorini, verificando-se a presença de duas imagens canulares marcadamente dilatadas no parênquima pancreático ao nível da cabeça com terminação na âmpola de Vater. Os canais apresentavam septos e tortuosidades com imagem de atrofia pancreática. Os achados foram interpretados como manifestação de pancreatite crónica. A doente foi submetida a ultrassonografia endoscópica que mostrou parênquima pancreático atrófico sem critérios de pancreatite crónica, Wirsung marcadamente dilatado desde a ampola (8 mm) até à cauda com ductos secundários e ducto acessório de Santorini igualmente dilatado (5 mm). O Wirsung e o ducto de Santorini convergiam para lesão quística cefálica de conteúdo heterogéneo com 43 mm que se encontrava à direita, no plano e à esquerda da confluência espleno-portomesaraica. Procedeu-se a punção com agulha fina com obtenção de material de elevada viscosidade sugerindo mucina. Os achados ultrassonográficos demonstraram uma situação invulgar de tumor mucinoso intra-pancreático misto envolvendo simultaneamente o ducto principal, o canal de Santorini e ducto secundário.

111. ASPETOS ENDOSCÓPICOS DA COLITE EOSINOFÍLICA (CE)

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

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: A CE é uma doença rara caracterizada por infiltração eosinofílica do cólon. A apresentação clínica e o aspeto endoscópico variam consoante a camada da parede atingida, caracterizando-se o atingimento da mucosa por eritema, perda do padrão vascular, friabilidade ou mesmo erosões e o atingimento da camada muscular por estenose.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem de 34 anos com antecedentes de gastrite autoimune, vitiligo e asma, que recorreu à urgência por quadro com 15 dias de evolução de dor

abdominal difusa, tipo cólica acompanhada de diarreia (5-6 dejeções diárias) sem sangue ou muco. Negava viagens ou medicações recentes. Exame objetivo: sem alterações à exceção de dor à palpação profunda do flanco direito. Estudo analítico: sem leucocitose ou neutrofilia; eosinófilos 2.630/μL (27%), proteína C reativa 2N; sem outras alterações. Imagiologicamente: tomografia abdominal computadorizada revela espessamento da parede do cólon ascendente e cego sem outras alterações de relevo. Colonoscopia: no cólon ascendente mucosa congestiva e presença de estenose marcada a impedir progressão a montante (biopsias: infiltração eosinofílica da camada mucosa com mais de 20 eosinófilos por campo de ampliação). Serologias e análise de fezes: negativas para infeções bacterianas ou parasitárias. Assumida colite eosinofílica foi iniciada terapêutica com budesonido 9 mg/dia e desmame progressivo com franca melhoria clínica e diminuição da eosinofilia periférica. Repetida a colonoscopia verifica-se resolução da estenose do ascendente encontrando-se, a este nível, mucosa hiperemiada, com perda do padrão vascular e algumas erosões (biopsias: infiltração eosinofílica da mucosa com eosinófilos em menor número que nas biopsias anteriores).

Discussão: Embora não estejam estabelecidos critérios diagnósticos de CE, no caso apresentado, a apresentação clínica, analítica, imagiológica, endoscópica e confirmação histológica, bem como a resposta à corticoterapia, permitem-nos, após exclusão de diagnósticos alternativos, estabelecer o diagnóstico de CE com atingimento das camadas muscular e mucosa.

112. PACOTE DE DROGA COMO CAUSA PARA OBSTRUÇÃO À CÂMARA DE SAÍDA GÁSTRICA

R. Küttner Magalhães, T. Moreira, R. Pimentel, C. Caetano, I. Pedroto

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

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 42 anos, ex-toxicod dependente, vírus da imunodeficiência humana positivo e cirrose hepática por vírus da hepatite C, Child-Pugh B desde há 6 anos. Relatou ingestão voluntária de pacote de haxixe, para ocultação, 3 anos antes, enquanto estava detido em instituição presidiária. Assintomático até há 4 meses, altura em que iniciou halitose, eructações, distensão abdominal e náuseas com vômitos alimentares que aliviavam o quadro. Episódios esporádicos, mas com maior periodicidade nas últimas semanas. Desde há 4 dias, com vômitos mais intensos e um episódio único de hematemeses. Trânsito intestinal regular e sem melenas. À admissão, vigil, hemodinamicamente estável, sem ascite, ou sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, com anemia macrocítica (11,5 g/dL), trombocitopenia (84.000 u/L) e INR de 0,98. Endoscopia digestiva alta (EDA) revelou varizes esofágicas pequenas e gastropatia hipertensiva severa, assumida como causa da hemorragia. Detectou-se presença de corpo estranho gástrico com cerca de 10 cm e consistência dura. Repetida EDA sob sedação no dia seguinte, tendo-se removido corpo estranho, sem complicações. Durante o internamento manteve-se hemodinamicamente estável e sem perdas hemáticas, tendo tido alta assintomático.

Discussão: A ingestão de estupefacientes para fins de ocultação não é negligenciável. Como abordagem geral, não devem ser realizadas tentativas de remoção endoscópica de pacotes de droga, devido ao risco de ruptura dos mesmos, excepto quando apenas um pacote não ultrapassa o piloro. A sobredosagem de haxixe causa depressão de consciência, sem colocar em risco a vida, contrariamente ao observado com heroína e cocaína. No caso descrito, o facto de o pacote causar sintomatologia obstrutiva, da sua progressão espontânea ser improvável, do risco cirúrgico ser elevado e uma eventual sobredosagem não ameaçar a vida do

doente, optou-se pela remoção endoscópica que decorreu sem intercorrências.

113. FÍSTULAS ESÓFAGO-BRÔNQUICAS E ESÓFAGO- PLEURAS EM DOENTE COM CROHN

A. Albuquerque, R. Ramalho, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Homem de 56 anos admitido por perda de peso, anorexia e dispneia com dois meses de evolução. Foi diagnosticado com colite Crohn em 1985 e em 2001, por agudização grave foi submetido a uma colectomia total com ileostomia. Desde essa data abandonou o seguimento e a medicação. À data de admissão, o doente estava desidratado, com caquexia marcada, anemia, leucocitose, hipoalbuminemia e elevação da PCR. A TAC torácica mostrava um esófago médio e distal distendido com alimentos, em continuidade com um empiema da cavidade pleural esquerda. Foi iniciada antibioterapia e colocado em dieta zero. A endoscopia digestiva alta revelou múltiplas fístulas esofágicas com secreções broncoalveolares, permitindo a visualização dos brônquios. As biópsias mostraram um infiltrado inflamatório crónico, sem granulomas epitelióides e Ziehl-Nielsen negativo. A insuficiência respiratória e a sepsis são complicações possíveis descritas na literatura, tal como se verificou neste caso, comprometendo decisivamente qualquer tentativa de correcção cirúrgica. As fístulas esofágicas no contexto da doença de Crohn são raras, estando descritos apenas 15 casos de fístulas esofago-brônquicas em doentes com Crohn. Até à data, não estão descritos casos de fistulização esofágica múltipla na Doença de Crohn. Os autores apresentam iconografia endoscópica em vídeo.

114. ENDOMETRIOSE DIGESTIVA

A.L. Sousa¹, R. Ornelas¹, M. Eusébio¹, A.G. Antunes¹, A. Setúbal², H. Guerreiro¹

¹*Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Faro.* ²*Serviço de Ginecologia, Hospital da Luz.*

Os autores apresentam um caso de uma doente, de 38 anos de idade, seguida em consulta de Ginecologia por menometrorragias, constatando-se pólipos uterinos endometriais cujo diagnóstico histológico não revelou malignidade. Foi solicitada observação pela Gastreenterologia por apresentar hematoquésia de sangue vivo, de surgimento concomitante com a menstruação. Realizou rectossigmoidoscopia, tendo-se observado, aos 23 cm da margem anal, lesão procidente, com mucosa granular e friável, ocupando cerca de metade do lúmen. A histopatologia revelou apenas ligeira congestão vascular. Posteriormente, efetuou colonoscopia, que confirmou os achados anteriormente descritos, e excluiu lesões nos restantes segmentos do cólon. O exame histológico não evidenciou alterações significativas. Realizou ressonância magnética (RM) pélvica, observando-se no recto médio e alto, bem como na transição rectossigmoideia, segmento irregular e heterogéneo com lúmen estreito e hiperintenso, que adquire uma posição em “ferradura”; visualizou-se, igualmente, imagem irregular, hiperintensa e heterogénea, de localização justaparietal, compatível com foco de endometriose pélvica, na parede intestinal. Perante o quadro clínico e as alterações descritas na RM, admitiu-se a presença de endometriose na parede intestinal, na transição do recto alto para o cólon sigmoide. Foi discutido o caso com Ginecologia e Cirurgia, optando-se pela terapêutica cirúrgica, que a doente aguarda. A endometriose é a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, sendo os casos de atingimento intestinal muito menos frequentes relativamente aos dos órgãos reprodutores. Ao

contrário do caso apresentado, é habitual que o envolvimento intestinal seja assintomático e com pouca relevância clínica. Dadas as limitações da endoscopia e da histologia para o seu diagnóstico, a suspeição de endometriose deve estar presente na investigação de mulheres jovens, particularmente quando se apresentam com rectorragias e/ou dor coincidentes com o período menstrual. Atualmente, a RM assume uma distinta importância na avaliação diagnóstica e no planeamento terapêutico. Apresenta-se iconografia.

115. MEDIASTINITE ESCLEROSANTE - UMA DOENÇA RARA, VALOR DA ECOENDOSCOPIA

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

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

A mediastinite esclerosante é uma doença rara, caracterizada por tecido fibrótico mediastinal obstrutivo extenso, que mimetiza uma neoplasia e pode condicionar compressão/invasão das estruturas mediastinais. As principais causas são histoplasmose e tuberculose, mas por vezes idiopática. O diagnóstico histopatológico geralmente é difícil exigindo métodos invasivos. Os autores apresentam o caso clínico de um homem com 55 anos, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, excesso ponderal, hipocoagulado por fíbilhação auricular e doença arterial periférica, polimedicado, que desenvolveu lesões cutâneas intermitentes tipo vasculite, predominantemente nos membros inferiores. Efetuou Tomografia Computorizada onde se observou massa no mediastino posterior, peri-esofágica, que se estende desde o espaço sub-carinal ao longo de 7 cm, em provável relação com conglomerado adenopático; sem outras alterações nomeadamente no parênquima pulmonar. Realizou Ultrassonografia endoscópica para caracterizar a lesão mediastínica com Punção por Biópsia Aspirativa (PBA). Observou-se volumosa massa mediastinal isocogénica, entre os 30 aos 36 cm da arcada dentária superior, com áreas de fibrose central, bem delimitada, e conglomerado adenopático associado. Procedeu-se à PBA com agulha de 22G em 3 passagens, que decorreu sem complicações. Obteve-se material para citologia e histologia que revelou tecido fibroconjuntivo com fibrose e esclerose, linfócitos pequenos e histiócitos dispersos, identificando-se formação de granulomas epitelióides sem necrose. Devido à forte suspeita de causa neoplásica, decidido realizar mediastinoscopia com biópsia da lesão, cujo estudo histopatológico confirmou processo inflamatório crónico fibrótico-necrótico negativo para microorganismos nas colorações pela prata, PAS e Ziehl-Nielsen. Achados compatíveis com a hipótese de Mediastinite Fibrosante. Acompanhado ambulatoriamente, mantém-se assintomático e estável do ponto de vista clínico. Os autores o caso clínico e respetiva iconografia de patologia rara, a mediastinite fibrosante/esclerosante, excepcionalmente encontrada na prática clínica. A investigação inclui o estudo tomográfico torácico contrastado e biópsia com estudo histopatológico, salientando-se a importância da ecoendoscopia.

116. SALMONELLA GOLDCOAST: UM AGENTE RARO COM FORMA DE APRESENTAÇÃO INVULGAR

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

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

Os autores descrevem o caso de um doente de 28 anos, com quadro de diarreia sanguinolenta, cólicas abdominais e febre. Após cerca de 2 semanas, desenvolve artrite da coxo-femural direita,

com necessidade de artroplastia. O líquido articular revelou-se estéril. Analiticamente apresentava padrão laboratorial compatível com quadro inflamatório agudo. Por persistência do quadro abdominal, foi submetido a rectossigmoidoscopia que revelou mucosa com áreas irregulares, hiperemiadas e erosionadas, circundadas por zonas de mucosa normal; o exame anatómopatológico revelou congestão vascular, focos de hemorragia e infiltrado linfoplasmocitário da lâmina própria, com manutenção da arquitetura. Concomitantemente, o doente referia poliartralgias com artrite flutuante das articulações metacarpo-falângicas e sacroilíacas, com rigidez matinal e agravamento progressivo. O estudo microbiológico das fezes permitiu o isolamento de *Salmonella goldcoast*. O HLA-B27 revelou-se positivo, permitindo o diagnóstico de artrite reactiva pós-salmonelose. Iniciou antibioterapia com ciprofloxacina com resolução clínica do quadro abdominal e ibuprofeno com melhoria da artrite. A artrite reactiva é uma espondilartropatia seronegativa que se caracteriza como uma artrite inflamatória asséptica que ocorre 2 a 4 semanas após uma infecção bacteriana, geralmente intestinal. Está associada ao HLA-B27 em 60% dos casos, cursando com sacroileite e oligoartrite assimétrica, predominantemente dos membros inferiores. Os autores apresentam o caso pela invulgaridade dos aspectos endoscópicos como forma de apresentação de uma infecção entérica pouco habitual, salientando os respectivos diagnósticos diferenciais e a importância do estudo microbiológico das fezes para o diagnóstico.

117. SÍNDROME DE BOUVERET: APRESENTAÇÃO INESPERADA DA DOENÇA DE CROHN

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

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

A síndrome de Bouveret é uma forma rara de íleus biliar, caracterizada por impactação de um cálculo a nível duodenal, devido a fístula bilio-entérica. Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos, com história de colelitíase assintomática, admitido no serviço de urgência (SU) por dor abdominal, vômitos pós-prandiais com cinco dias de evolução e emagrecimento de 15 Kg. Exame objetivo: apirético, abdómen difusamente doloroso, sem sinais de irritação peritoneal; Murphy vesicular negativo. Analiticamente: anemia microcítica/hipocrômica (Hb-11,4 g/dl), leucocitose ($21,18 \times 10^9/L$) e PCR elevada (6,76 mg/dl). Ecografia abdominal: dilatação do estômago/duodeno proximal e espessamento parietal de DII/DIII e íleon terminal; colelitíase. EDA: estase gástrica; bolbo edemaciado e ulcerado condicionando estenose intransponível, com cálculo luminal de 20 mm. TC abdominal: cálculo de 15 mm no lúmen de DII e de 7 mm no íleon distal; cálculo vesicular de 20 mm; aerobilia e fístula colecistoduodenal. Melhoria com paragem alimentar e antibioterapia. Dois meses depois, submetido a colecistectomia e encerramento de fístula colecistoduodenal. Cinco meses mais tarde, regressou ao SU por vômitos pós-prandiais associados a diarreia aquosa. EDA: bulbo congestivo e ulcerado com subestenose na transição para DII; em DII e DIII úlceras profundas de bordos bem delimitados, atingindo a papila de Vater. Colonoscopia: válvula ileocecal com subestenose e íleon com úlceras serpiginosas. Histologia: exsudado fibronectínico; células linfóides de grande tamanho. Exame micobacteriológico negativo. Boa resposta clínica e analítica à corticoterapia. A Doença de Crohn associa-se frequentemente a litíase vesicular. A formação de fístula colecistoentérica é rara, requerendo um elevado índice de suspeita para o diagnóstico. Salienta-se uma síndrome de Bouveret como forma de apresentação atípica de Doença de Crohn.

118. TUMOR NEUROENDÓCRINO DO PÂNCREAS: METÁSTASES PULMONARES SIMULANDO PRIMÁRIO

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

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

A crescente incidência e prevalência dos tumores neuroendócrinos deve-se essencialmente a uma maior capacidade diagnóstica. Apesar de poderem afectar vários órgãos e sistemas, o envolvimento do sistema gastrointestinal é o mais frequente, imediatamente seguido do envolvimento pulmonar. O diagnóstico desta patologia constitui muitas vezes um enorme desafio. Os autores relatam um caso duma mulher, 47 anos, com antecedentes de tireoidectomia total por bócio multinodular, referenciada ao serviço de urgência em Dezembro de 2010 por quadro de disfagia, disфонia, astenia e emagrecimento com cerca de 1 mês de evolução, associado à presença de múltiplas adenomegalias cervicais esquerdas entre 12 e 28 mm (diagnóstico ultrassonográfico). Realizou TC cervico-torácico-abdominopélvico que revelou massa paramediastínica esquerda, irregular, com áreas centrais hipodensas por provável necrose, medindo cerca de 8 cm x 5,6 cm e múltiplas adenomegalias supraclaviculares e jugulares internas proximais, de domínio esquerdo; Posteriormente realizada biópsia aspirativa de adenomegalia supraclavicular que mostrou aspectos citológicos, histológicos e imunohistoquímicos compatíveis com carcinoma neuroendócrino. Neste contexto, a doente foi referenciada à consulta de Pneumologia oncológica com diagnóstico de tumor neuroendócrino primário pulmonar. Realizou quimioterapia e radioterapia sem resposta. Em Julho de 2011 por quadro insidioso mas progressivo de icterícia obstructiva, realizou ecoendoscopia onde se observaram 2 lesões nodulares hipocogénicas, na cabeça e corpo pancreático, com 38 e 15 mm, de contornos irregulares. A primeira justaposta à porção intrapancreática da VBP condicionando dilatação a montante. Realizada punção aspirativa por ecoendoscopia mostrando aspectos citológicos, histológicos e imunohistoquímicos compatíveis com tumor neuroendócrino. Posteriormente realizou CPRE para colocação de prótese biliar paliativa, com alívio parcial da colestase. Interpretado como carcinoma neuroendócrino primário do pâncreas sendo referenciada para consulta de oncologia médica. Os tumores neuroendócrinos do pâncreas têm elevada capacidade de metastização, sendo o pulmão um dos órgãos alvo. Após diagnóstico de células tumorais neuroendócrinas é essencial investigação clínica adequada para identificação do tumor primário.

119. UMA ALTERNATIVA EFICAZ NA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DAS ESTENOSES BENIGNAS DO ESÓFAGO CERVICAL

R. Herculano, I. Chapim, S. Santos, T. Bana, C. Chagas, L. Matos

Hospital Egas Moniz/CHLO.

Introdução: O tratamento de doentes com disfagia por estenose esofágica cervical após radioterapia é difícil, não sendo na sua maioria eficaz. Os autores apresentam a sua experiência na colocação de uma prótese no esófago cervical, autoexpansível e totalmente coberta (Niti-S TaeWoong Medical[®]) demonstrando dados iconográficos do procedimento.

Caso clínico: Trata-se de um doente do sexo masculino, de 67 anos, com estenose esofágica pós laringectomia e radioterapia, submetido previamente a várias sessões de dilatação esofágica que não foram totalmente eficazes. Optou-se por colocação de uma prótese auto-expansível totalmente coberta, não se tendo verificado quaisquer complicações no procedimento. Após colocação da prótese, bem tolerada, houve total regressão da sintomatologia que se mantém até à data.

Discussão: O tratamento desta estenose benigna através da prótese apresentada demonstrou ser seguro e eficaz.

120. SÍNDROME DE MÁ ABSORÇÃO - APRESENTAÇÃO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

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

Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, Hospital de Santo André.

Introdução: A Macroglobulinemia de Waldenström (MW) é uma doença linfoproliferativa maligna caracterizada por infiltração linfoplasmocítica da medula óssea e por produção monoclonal de imunoglobulina M (IgM). O envolvimento do tracto gastrointestinal na MW é extremamente raro e, poucos foram os casos relatados de associação entre a MW e linfangiectasias intestinais.

Caso clínico: Apresenta-se uma doente com 66 anos e história de diarreia com 2 meses de evolução. Analiticamente apresentava anemia microcítica, sideropenia, trombocitopenia, prolongamento do tempo de protrombina e hipoalbuminemia, compatíveis com síndrome de má absorção. Os exames endoscópicos revelaram edema e alargamento difuso das vilosidades, padrão mosqueado e pálido das mucosas duodenal e do íleo. As alterações endoscópicas corresponderam na histologia a linfangiectasias intestinais. Da restante investigação efectuada destaca-se VS de 78 mm, gamapatia monoclonal (IgM Lambda), esplenomegalia e infiltrado na medula óssea compatível com Linfoma Linfoplasmocítico. A doente iniciou tratamento com Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisolona com melhoria das queixas intestinais.

Discussão: Com este caso, pretende-se mostrar as características endoscópicas das linfangiectasias intestinais bem como dar realce a uma forma de apresentação incomum da MW.

121. RETIRADO A PEDIDO DO AUTOR

122. ADENOMA HEMORRÁGICO DO INTESTINO DELGADO: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

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

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

Introdução: Os adenomas do intestino delgado são entidades raras e, na maioria dos casos, assintomáticos.

Caso clínico: Os AA descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 75 anos de idade, com hematoquezias abundantes com um dia de evolução. Antecedentes de adenocarcinoma do recto operado. Medicado habitualmente com AAS. Ao exame objectivo, palidez cutânea, estável hemodinamicamente, abdómen indolor e sem massas, e presença de sangue no toque rectal. Hemoglobina inicial 11,3 g/dL. Realizou endoscopia digestiva alta, colonoscopia total com ileoscopia, angiografia abdominal selectiva, cintigrafia de perfusão com Tc99m e TAC abdominal e pélvica, sem alterações. A persistência de hematoquezias abundantes, com instabilidade hemodinâmica e anemia, motivou a transfusão de um total de 14U de glóbulos vermelhos. A enteroscopia por vídeo-cápsula evidenciou a presença de 3 pequenas angiodisplasias e flebetasias nos segmentos próximos do intestino delgado, bem como dilatação do lúmen e irregularidade da mucosa a nível do íleon distal, com grande quantidade de vestígios hemáticos a jusante. A enteroscopia com duplo balão revelou uma lesão extensa, elevada, irregular e com focos congestivos no íleon distal. O estudo histológico identificou lesão adenomatosa com áreas de displasia de alto grau. O

internamento complicou-se com AVC isquémico sequelar e quadro de disfunção cerebral difusa, condicionando a realização de terapêutica curativa.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica dos adenomas do intestino delgado complicados por hemorragia, exigindo o recurso a múltiplos exames complementares de diagnóstico e a necessidade de politransfusão com glóbulos vermelhos para manutenção da estabilidade hemodinâmica, sendo particularmente interessante pela iconografia recolhida.

123. HEMATOMA ESPONTÂNEO DO CÓLON

C. Caetano, A. Rodrigues, I. Pedroto

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar do Porto.

Os hematomas espontâneos do cólon são muito raros e normalmente surgem associados a hipocoagulação ou a situações de diátese hemorrágica. Geralmente seguem um curso benigno com tratamento conservador. Homem de 59 anos com antecedentes de Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Cardiopatia isquémica, Insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise e Doença arterial periférica com bypass aorto-bifemoral. Internado por infecção da fístula arteriovenosa concebida para a realização de hemodiálise. Hipocoagulado com enoxaparina 60 mg 12h/12h desde o internamento (em ambulatório hipocoagulado com Varfarina). Ao 10º dia de internamento, apresentou hematoquezias, com queda de 4 g de hemoglobina (Hg) para 6,8 g/dl com INR e plaquetas normais. Transfundi 3 UCED e fez colonoscopia a qual mostrou hematoma ocupando metade da circunferência do cólon, numa extensão de 10 cm, desde o sigmóide proximal ao descendente distal. Manteve hipocoagulação com enoxaparina e a revisão endoscópica, 18 dias, depois foi demonstrativa de hematoma em fase de reorganização. Posteriormente, apresentou infecção do bypass aorto-bifemoral com necessidade de exérese da prótese vascular e realização de bypass axilo-femoral bilateral e colecistite aguda tendo sido submetido a drenagem percutânea. A evolução clínica foi desfavorável, acabando por falecer ao 44º dia de internamento, na sequência de choque séptico com disfunção multi-orgânica por pneumonia associada a cuidados de saúde por *Acinetobacter Baumanni*. Apresenta-se um curto vídeo.

124. LINFANGIOMA QUÍSTICO RETROPERITONEAL - UMA ENTIDADE MUITO RARA CARACTERIZADA POR ECOENDOSCOPIA

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

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

Os linfangiomas quísticos são neoplasias benignas raras, na dependência provável de malformações congénitas do sistema linfático. São mais frequentemente observadas em idade pediátrica na cabeça, pescoço e axila. Menos de 1% são localizados na cavidade abdominal e o seu diagnóstico em idade adulta é de extrema raridade. A sua apresentação clínica é extremamente variável, podendo ser assintomáticos ou apresentar-se com sintomas de abdómen agudo. Os autores propõem-se apresentar caso e iconografia de patologia extremamente rara e muito poucas vezes caracterizada por ecoendoscopia. Homem de 55 anos de idade, seguido em consulta de hepatologia por alteração das provas de função hepática observadas em análises de rotina. Efectua ecografia abdominal em 2008 que demonstra parênquima hepático hiperecogénico em relação com esteatose e estrutura quística multiseptada de contornos digitiformes na cavidade peritoneal em posição para-mediana direita e supra-umbilical. Procede-se então a

ressonância magnética para melhor caracterização da lesão: lesão quística nos planos adjacentes do segmento cefálico do pâncreas, de conteúdo homogêneo, com $8 \times 7 \times 3$ cm, compatível com linfangioma quístico. Efectua então endoscopia: no retroperitoneu, adjacente à parede da 2ª porção duodenal, observando-se formação quística com septações internas, de contornos lobulados com 7 cm de maior dimensão (plano horizontal), sem componentes sólidos. Seguido ambulatoriamente, assintomático até à data, com estabilidade dimensional da lesão descrita. Os autores apresentam caso clínico e respectiva iconografia de uma patologia muito rara, poucas vezes descrita na literatura, especialmente em idade adulta. O Linfangioma quístico retroperitoneal é raramente observado na prática clínica da ecoendoscopia, e poucas vezes descrita na revisão bibliográfica efectuada.

125. PNEUMATOSE GÁSTRICA: NEM SEMPRE É GRAVE!

A. Ferreira, M. Sampaio, J. Brito, A. Loureiro, C. Carranca, M. Americano

Serviços de Gastreenterologia, Radiologia e Cirurgia, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

Doente do sexo feminino, 72 anos de idade, com antecedentes pessoais de DM 2, AVC isquémico em 2008, com hemiplegia esquerda sequelar, osteoporose, obstipação crónica e fratura do colo do fémur esquerdo em 2009. Recorre ao SU por quadro suboclusivo subsequente a quadro de vômitos e diarreia com 3 dias de evolução, para o qual havia sido medicada com loperamida e metoclopramida. Ao exame objectivo evidenciava ligeira desidratação das mucosas e um abdómen que, apesar de distendido e timpanizado, se mantinha mole e indolor à palpação. Analiticamente destacava-se leucocitose com neutrofilia, PCR 117 mg/L e ligeira elevação da ureia e creatinínemia. A radiografia abdominal revelou níveis hidroaéreos no intestino delgado e marcada distensão gástrica com densidade gasosa intraparietal, traduzindo pneumatose na parede do estômago. Realizou TC abdominal que confirmou a existência de uma lâmina gasosa na espessura de toda a parede gástrica, identificando, ainda, a presença de pneumoperitoneu e pneumomediastino. A doente foi internada para vigilância e hidratação endovenosa, registando-se uma evolução rapidamente favorável e normalização laboratorial ao 3º dia. A TC de controlo ao 3º dia demonstrou significativa absorção do enfisema gástrico, pneumomediastino e peritoneu e a EDA ao 4º dia mostrou apenas discreta congestão da mucosa gástrica. As hemoculturas foram negativas. A doente teve alta após uma semana. A iconografia radiológica obtida surge habitualmente associada a doentes críticos com gastrite enfisematosa, frequentemente fatal. Contudo, a presença de gás na espessura da parede gástrica associa-se a um espectro clínico variado, podendo ser assintomática ou cursar com uma clínica frustrante, como no caso que ora se apresenta. O interesse deste caso prende-se com a importância da correlação entre a clínica e a imagiologia.

126. COLEDOSCOPIA ACIDENTAL

A. Ferreira, L. Silva, L. Contente

Serviço de Gastreenterologia e Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

Doente do sexo feminino, 87 anos de idade com antecedentes de HTA e osteoartroses, medicada com lbersartan e trimetazidina, trazida ao SU por quadro de melenas com quatro dias de evolução. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável com TA 99/58 mmHg e FC 88 bpm, eupneica e apirética. Ao exame objectivo destacava-se acentuada palidez cutâneo-mucosa e presença de melenas ao toque rectal. Analiticamente evidenciava anemia (Hb

7,0 g/dL) normocrómica, normocítica, ligeira ferropenia e elevação isolada do azoto ureico. A EDA urgente com endoscópio de 5 mm revelou esófago de Barrett e úlcera escavada da face inferior do bolbo duodenal, cujo fundo dava acesso à via biliar extrahepática, a qual se percorreu até à bifurcação, não se tendo observado alterações da sua parede. O trânsito gastro-duodenal confirmou a existência de aerobilia bem como a presença e localização da fistula colédoco-duodenal, com impregnação subsequente da árvore biliar intra-hepática. A doente foi transfundida com um total de 3 UCE não se tendo verificado recidiva hemorrágica. Dada a ausência de sintomatologia biliar e o risco cirúrgico da doente, optou-se por uma atitude expectante face à fistulização enterobiliar. Os autores apresentam a iconografia endoscópica e radiográfica do caso, com destaque para a imagem de coledoscopia obtida.

127. GASTROPATIA ISQUÉMICA

A. Albuquerque, H. Cardoso, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Homem de 72 anos admitido por hematemese, com antecedentes conhecidos de diabetes Mellitus tipo 2 insulino-dependente com atingimento de órgãos alvo, retinopatia, cardiopatia, nefropatia (insuficiência renal crónica em hemodialise), neuropatia e arteriopatia (amputação de ambos os membros inferiores). Após estabilização foi submetido a endoscopia alta que revelou mucosa com edema, eritema, ulcerada, com coloração violácea e exsudado no fundo e áreas do corpo gástrico sugestiva de isquemia gástrica, confirmada por exame histológico. Dadas as comorbilidades e a estabilidade clínica, optou-se por terapêutica conservadora sem recurso à cirurgia. Teve uma boa evolução clínica, e a reavaliação endoscópica, após 3 semanas, mostrou cicatrização da mucosa. A gastropatia isquémica é uma patologia rara dada a rica vascularização gástrica. O diagnóstico é por vezes tardio, mas deve ser suspeitado em doentes factores de risco para uma diminuição da perfusão gástrica com hemorragia digestiva alta. A progressão para necrose gástrica e consequentemente peritonite e sepsis tem elevada mortalidade.

128. APRESENTAÇÃO INVULGAR DE COLITE ASSOCIADA AO CLOSTRIDIUM DIFFICILE

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

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

Os autores apresentam o caso de uma doente de 37 anos, com queixas de diarreia aquosa, febre, anorexia e dor abdominal. Uma semana antes do quadro foi medicada com antibioterapia para infecção urinária. Laboratorialmente apresentava anemia, hipoalbuminemia, leucocitose e elevação da PCR. As serologias virais, incluindo VIH, eram negativas. Foi submetida a rectosigmoidoscopia, que mostrou áreas circulares de mucosa com exsudado central, rodeadas por halo de hiperémia e circundadas por zonas de mucosa normal, não se observando pseudomembranas. As biópsias revelaram um processo inflamatório moderado, com aspectos sugestivos de etiologia infecciosa. A toxina do Clostridium difficile foi positiva em 3 amostras. Iniciou metronidazol 500 mg tid oral durante 14 dias, com resolução do quadro clínico. Apesar da presença de pseudomembranas ser importante para o diagnóstico de colite associada a C. difficile, as mesmas apenas são detectadas em 50% dos casos. Nos doentes imunodeprimidos, estas não são formadas devido à ausência de reacções imunes. Nestes casos, a sigmoidoscopia pode revelar apenas aspectos de colite inespecífica, difusa ou irregular. Os autores apresentam o caso pela apresentação

endoscópica atípica de uma colite associada ao *C. difficile*, sem pseudomembranas, numa doente imunocompetente, concluindo pela importância da pesquisa da toxina do *C. difficile* como uma ferramenta essencial para o diagnóstico.

129. CARCINOMA EPIDERMÓIDE ANAL E ADENOCARCINOMA DA SIGMÓIDE: UM DOENTE, 2 NEOPLASIAS

C. Freitas, G. Serrão, C. Sousa Andrade, R. Teixeira

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Central do Funchal.

Os autores apresentam, com documentação iconográfica, o caso de um homem 70 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e cardiopatia isquémica, referenciado à consulta de Gastroenterologia por tenesmo rectal, diarreia com 3 meses de evolução caracterizada por cerca de 15 dejetões diárias, seguidas de rectorragia em pequena quantidade. O toque rectal era doloroso, sem lesões detectáveis a nível rectal. Realizou colonoscopia total onde se verificou lesão ao nível do canal anal, semi-circunferencial, de consistência dura e friável. Mostrou ainda segunda lesão vegetante aos 40 cm da margem anal com aspecto neoplásico, franqueável. As biopsias revelaram adenocarcinoma moderadamente diferenciado na lesão da sigmóide e carcinoma pavimento-celular moderadamente diferenciado na lesão anal. A Ressonância magnética pélvica confirmou volumosa lesão do canal anal e com extensão crânio-caudal de 38 mm, com espessamento concêntrico parietal de 12 mm e limites bem delimitados. O doente foi prontamente referenciado para Cirurgia Geral e Oncologia. Estão descritos alguns casos de tumores rectais em que, na mesma lesão, há coexistência de adenocarcinoma e carcinoma epidermoide, mas a associação síncrona entre estes dois tipos tumores em locais distintos é extremamente rara. A colonoscopia total foi essencial para o diagnóstico da lesão da sigmóide, sendo por isso um exame indispensável no estudo de qualquer hemorragia digestiva baixa.

Casos Clínicos

130. LIQUEN PLANO ORAL SECUNDÁRIO A TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB EM DOENTE COM CROHN

A. Albuquerque, S. Lopes, F. Osório, S. Rodrigues, C. Eloy, F. Magro, G. Macedo

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

Mulher de 60 anos, com doença de Crohn com 30 anos de evolução (classificação Montreal A2L1B2), submetida a ileocelectomia direita há 28 anos medicada com messalazina e com seguimento irregular até 2010. Em Agosto de 2010, por persistência dos sintomas e marcadores inflamatórios elevados, realizou avaliação endoscópica tendo-se observado estenose da anastomose ileocólica, dilatada com balão TTS, e ulceração ileal. Em Setembro desse ano iniciou adalimumab em monoterapia (por intolerância à azatioprina), que a doente auto-suspendeu após 4 tomas. Na reavaliação endoscópica efectuada em Abril 2011, apresentava estenose da anastomose (novamente dilatada), com score Rutgeerts 3, tendo sido iniciado infliximab 5 mg/Kg. Para avaliação da extensão da doença no intestino delgado, e dada retenção da cápsula de patência, em Setembro de 2011, foi realizada enteroscopia de duplo balão com progressão até 100 cm a montante da anastomose ileocólica, observando-se duas estenoses ileais ulceradas e estenose da anastomose, tendo-se realizado dilatação. Foi iniciada terapêutica

combinada com 6 mercaptopurina, suspensa uma semana depois por pancreatite aguda, com necessidade de internamento. Após a 5ª toma de infliximab, inicia queixas de ardor na mucosa jugal, com o aparecimento de placas esbranquiçadas orais com padrão reticular e agravamento progressivo, limitando a alimentação e fala. Estas lesões eram compatíveis com o diagnóstico de Líquen Plano Oral (LPO), que foi confirmado histologicamente. Foi medicada com corticóides tópicos e orais com melhoria parcial. Após nova toma de infliximab houve um novo agravamento das lesões orais, com significativa limitação funcional. Foi decidido o início de terapêutica com metotrexato e a suspensão de infliximab. Até à data, estão apenas publicados dois casos de LPO secundário à terapêutica com biológico (certolizumab e infliximab) em doentes com Crohn. O LPO é uma patologia limitativa da qualidade de vida, não tem uma terapêutica eficaz e mantém-se a controvérsia quanto ao potencial de malignidade.

131. CASO DE HEPATITE AUTOIMUNE DE APRESENTAÇÃO AGUDA NA SEQUÊNCIA DA TOMA DE AMOXICILINA/ÁCIDO CLAVULÂNICO

M. Eulálio, A. Santos, A. Cipriano, R. Santos, J. Nascimento Costa
Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introdução: A hepatite autoimune pode apresentar-se de forma aguda e severa, sendo frequentemente confundida com uma etiologia viral ou tóxica. A corticoterapia é eficaz na supressão da actividade inflamatória na maioria dos casos. O atraso no início do tratamento pode ter impacto negativo no prognóstico.

Caso clínico: Homem de 71 anos, internado por hepatite aguda colestática. História recente de terapêutica com amoxicilina/ácido clavulânico. Nos dias seguintes, aparecimento de icterícia, colúria e acolia. Dos antecedentes, salientava-se fibрилhação auricular crónica medicada com varfarina. Negava consumo de álcool e de outras substâncias hepatotóxicas. Analiticamente evidenciava: AST - 40xLSN, ALT - 44xLSN, GGT - 3xLSN, fosfatase alcalina - 2xLSN, bilirrubina total/directa - 10,5/7,1 mg/dL, albumina - 3,5 g/dL e protrombinémia - < 8%. Ecografia abdominal sem alterações. Serologias para vírus hepatotrópicos negativas; IgG aumentada (17,1 g/dL). Durante a semana seguinte, apresentou agravamento analítico, atingindo AST - 84xLSN e ALT - 61xLSN. Perante as hipóteses de diagnóstico de hepatite tóxica medicamentosa e de hepatite autoimune, iniciou corticoterapia com prednisolona na dose de 40mg id. Apresentou boa resposta, com melhoria progressiva da função hepática, tendo alta ao 9º dia de terapêutica. O estudo da autoimunidade, disponibilizado posteriormente, revelou ANAs (++++), com padrão mosqueado e ac. anti-músculo liso (++++), tipo actina. A biopsia hepática revelou espaços porta com infiltrado inflamatório contendo linfócitos, plasmócitos e raros eosinófilos com extensão para os lóbulos, com lesão marcada da interface. Após 4 semanas de corticoterapia, foi associada azatioprina na dose diária de 50 mg com normalização das aminotransferases.

Discussão: Os autores salientam neste caso as dificuldades de diagnóstico diferencial, o possível papel da amoxicilina/ácido clavulânico no desencadeamento do quadro clínico e a boa resposta à terapêutica, apesar da gravidade da situação.

132. ANGINA MONOCÍTICA E ICTERÍCIA

L. Meireles, I. Marques, L. Lagos, J. Leitão, B. Rodrigues, A. Coutinho, B. Neves

Hospital Pulido Valente, CHLN.

O vírus Epstein Barr (EBV) é o principal agente responsável pela síndrome mononucleósida clássica, que atinge frequentemente indivíduos jovens e se associa a um curso clínico benigno. O

envolvimento hepático é frequente, contudo, a icterícia é uma manifestação rara e relaciona-se principalmente com fenómenos de hemólise. A icterícia resultante de colestase intra-hepática relacionada com a hepatite ao EBV é extremamente rara. Os autores descrevem o caso de um doente de 66 anos, caucasóide com diabetes mellitus tipo 2 e doença pulmonar crónica obstrutiva, que surge com um quadro clínico com 3 semanas de evolução caracterizado por astenia, anorexia, icterícia e colúria. Referia ainda, na semana precedente, quadro clínico compatível com infecção respiratória. Negava outras queixas como dor abdominal, acolia ou discrasia hemorrágica. Negava a introdução de fármacos de novo ou consumo de chás/produtos de ervanária. Ao exame objectivo tinha bom estado geral e de nutrição, estava apirético, com mucosas coradas, hidratadas e com icterícia marcada da pele e escleróticas. Não tinha estigmas de doença hepática crónica e não tinha adenopatias palpáveis. Laboratorialmente salientava-se o aumento do valor das transaminases e bilirrubina total. A ecografia do abdómen com doppler visceral e a tomografia computadorizada abdominal e pélvica e radiografia do tórax e o ecocardiograma não demonstravam alterações. No internamento, verificou-se elevação dos valores da bilirrubina até ao máximo de 15,2 mg/dL, sem alterações dos valores do INR ou do factor V. As serologias do EBV foram positivas para os anticorpos de fase aguda. Foram excluídas outras causas de icterícia intra-hepática. A icterícia colestática é uma manifestação rara da hepatite aguda ao EBV que ocorre por compromisso da excreção canalicular da bilirrubina e destruição dos colangiócitos. Com o presente caso clínico os autores salientam a importância de lembrar a infecção a EBV nos doentes com hepatite aguda e colestase.

133. PANCREATITE AGUDA DE CAUSA ENDÓCRINA

A. Nunes, C. Fonseca, I. Nascimento, M. Carlos, P. Borralho, J. Freitas

Hospital Garcia de Orta.

Doente do sexo masculino, com 72 anos de idade, com hábitos alcoólicos moderados e antecedentes pessoais de litíase renal, prostatectomia por hiperplasia benigna da próstata e pancreatite aguda. Internado por pancreatite aguda que se manifestou por epigastralgia intensa com irradiação em cinturão para o dorso, acompanhada de vômitos, com um dia de evolução. Ao exame objectivo salienta-se bom estado geral, apirético, hemodinamicamente estável, com desconforto à palpação profunda do epigastro. A avaliação laboratorial inicial revelou leucocitose ($12.200 \times 10^9/L$), PCR 18,6 mg/dL, amilase 2.522 UI/L, LDH 457 UI/L, glicose 113 mg/dL e cálcio sérico 11,9 mg/dL. Os métodos de imagem (ecografia e ressonância magnética abdominal) identificaram hemangiomas hepáticos, ausência de dilatação das vias biliares ou litíase da vesícula e globosidade da cabeça pancreática sem dilatação da Wirsung. Durante o internamento verificou-se melhoria rápida do quadro de dor abdominal acompanhado de descida da amilase. Da restante avaliação analítica efectuada salienta-se perfil lipídico normal e elevação da hormona paratiroideia (131,8 pg/mL). Para investigação de hiperparatiroidismo primário realizou cintigrafia das paratiroideias. Identificou-se um adenoma da paratiroideia inferior direita que foi submetido a paratiroidectomia radioguiada, que confirmou o diagnóstico. O hiperparatiroidismo primário é causa de pancreatite aguda em menos de 1% dos casos. O dado clínico mais importante para a sua identificação é a hipercalcémia. No entanto, nos casos de pancreatite mais grave, o cálcio poderá descer para valores dentro dos parâmetros da normalidade, mascarando uma hipercalcémia prévia. Os doentes poderão apresentar vários episódios de pancreatite aguda até estabelecimento do diagnóstico e correcção do hiperparatiroidismo.

134. ICTERÍCIA OBSTRUCTIVA E PANCREATITE EM CRIANÇA: ETIOLOGIA CONGÉNITA OU ADQUIRIDA?

P. Horta, M.F. Lopes, C. Piedade, I. Costa, A. Reis

Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Os autores relatam o caso de uma criança do sexo feminino com 4 anos de idade, ex-prematura de 29 semanas, sem outros antecedentes pessoais de relevo. Apresentou-se com cólicas abdominais e esteatorreia, tendo-se isolado *Cryptosporidium parvum* nas fezes. Cerca de 20 dias depois foi admitida por pancreatite e icterícia obstrutiva. Nos antecedentes familiares havia a referir o diagnóstico de colite ulcerosa no pai. Foram investigadas várias hipóteses de diagnóstico, incluindo: pancreatite relacionada com criptosporidiose, quisto do colédoco, colangite esclerosante primária, colestase intra-hepática familiar progressiva e tumor pancreático. A avaliação por colangio-RM identificou dilatação da árvore biliar intra-hepática e dilatação fusiforme da via biliar principal, com heterogeneidade da cabeça do pâncreas, achados compatíveis com quisto do colédoco tipo IV complicado de pancreatite. Foi decidida laparotomia que permitiu o diagnóstico definitivo de anomalia congénita das vias biliares, consistindo em inserção baixa do canal cístico (na porção intrapancreática da via biliar principal) e quisto do colédoco tipo IV. O pâncreas encontrava-se tumefacto e endurecido na porção cefálica, tendo sido feita biopsia que revelou pancreatite crónica. Foi feita excisão do quisto e hepaticojejunostomia em Y de Roux. Boa evolução clínica pós-operatória, com desaparecimento das queixas. Analiticamente houve remissão das alterações das provas hepáticas e das enzimas pancreáticas e assistiu-se à resolução ecográfica da dilatação da via biliar intra-hepática e quase normalização da ecogenicidade pancreática. Sem evidência clínica ou analítica de insuficiência pancreática. A patologia das vias biliares em crianças é rara e inclui um amplo espectro de doenças que podem manifestar-se por sintomas clínicos e achados laboratoriais ou radiológicos semelhantes, o que dificulta o seu diagnóstico preciso. Este caso foi um dilema diagnóstico por causa da condição subjacente e história médica e familiar passada. O diagnóstico definitivo consistiu em inserção baixa do cístico e quisto do colédoco tipo IV, que condicionaram pancreatite crónica. Os autores descrevem a investigação diagnóstica e a abordagem.

135. POLIPOSE JUVENIL INFANTIL EM CRIANÇA COM MUTAÇÃO DO GENE PTEN E BMPR1A

P. Horta, C. Cunha, S. Almeida, R. Ferreira, M.F. Lopes

Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Os autores relatam o caso de uma criança com síndrome genético com polipose juvenil. Trata-se de uma criança seguida em várias consultas por atraso de desenvolvimento psico-motor, macrocefalia, comunicação inter-auricular e persistência do canal arterial operadas e anomalias esqueléticas (hipoplasia das clavículas, 11 costelas, rectificação das cabeças do fémur e plagiocéfalia) e anemia hipocrómica microcítica crónica refractária ao tratamento com ferro. Foi encaminhada para a consulta de cirurgia aos 3 anos por prolapso rectal e distensão abdominal e obstipação crónica. Após exclusão de anomalia de inervação intestinal por biopsias de aspiração rectal, foi submetido a apendicostomia aos 6 anos de idade para descompressão intestinal intermitente e realização de clisteres de limpeza. Durante esta cirurgia foram diagnosticados volumosos pólipos rectais cujo diagnóstico histológico revelou trataram-se de pólipos juvenis. O estudo genético identificou uma deleção em 10q23 englobando os genes PTEN e BMPR1A. Foi avaliado por entero-RM que identificou também pólipos a nível do delgado, em menor número. Por enteropatia exsudativa e

hemorragia digestiva baixa crónica, com hipoalbuminémia e anemia crónicas de difícil controle, foi submetido a colectomia sub-total e anastomose ileo-rectal, excisão de pólipos do íleon por enteroendoscopia e excisão de pólipos do coto rectal por colonoscopia intraoperatória. A peça operatória confirmou o diagnóstico de polipose juvenil, com mais de 100 pólipos ao nível do cólon e 21 pólipos excisados endoscopicamente. Após a cirurgia assistiu-se a uma melhoria gradual do estado geral e recuperação hematológica. Seguimento atual por gastro-médica para vigilância e eventual polipectomia endoscópica. Os autores pretendem apresentar um caso clínico de extrema raridade e complexidade. A polipose juvenil infantil é a forma mais grave de polipose juvenil e caracteriza-se por polipose hamartomatosa com afectação desde o estômago até ao recto, geralmente diagnosticada nos primeiros anos de vida. Manifesta-se precocemente por retorragia ou diarreia com muco e sangue, anemia, dor abdominal, invaginação intestinal e às vezes prolapso retal dos pólipos. Dado o risco de malignização a longo prazo, é importante a sua vigilância endoscópica e eventual polipectomia. No caso de polipose exuberante, malignização ou hemorragia incontrolláveis pode ser necessário proceder a colectomia.

136. ATRASO DE CRESCIMENTO COM DÉFICES NUTRICIONAIS E EOSINOFILIA: 10 ANOS PARA O DIAGNÓSTICO

R. Küttner Magalhães, F. Teixeira, T. Moreira, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, O. Lima, I. Pedroto

Serviços de Gastreterologia, Pediatria e Anatomia Patológica, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 18 anos, seguida em consulta de Pediatria desde os cinco por infeções recorrentes das vias aéreas superiores, asma, atopia e rinite alérgica. Desde há 10 anos com episódios de dor e distensão abdominal, náuseas, vómitos alimentares e diarreia, por paroxismos, durante os quais, referia perda ponderal e astenia. Desde então constatado atraso de crescimento, anemia microcítica hipocrómica, ferropenia e eosinofilia. Medicada com omeprazol, levocetirizina, fluticasona e terbutalina. Enviada à consulta de Gastreterologia por agravamento da sintomatologia e diminuição do período livre de sintomas. Sem alterações de relevo ao exame objectivo. Ecocardiograma transtorácico, radiografia torácica e ecografia abdominal sem alterações. Mantinha anemia e eosinofilia. Serologia para Doença Celíaca negativa. Coproculturas, parasitológico e pesquisa de ovos nas fezes negativos. A endoscopia digestiva alta revelou gastropatia eritematosa do corpo e antro. A histologia das biópsias do antro evidenciou mucosa com fibrose e infiltrado inflamatório com linfócitos, plasmócitos e abundantes eosinófilos (> 100/Campo Grande Ampliação). Colonoscopia e enterorressonância magnética sem alterações. A ssumido diagnóstico de GE mucosa e iniciada alimentação isenta em alergéneos, durante 6 semanas, sem sucesso. Realizou corticoterapia sistémica durante 8 semanas, assistindo-se à resolução sintomática completa e normalização da contagem eosinófilos periféricos. Desde então mantém níveis flutuantes de eosinofilia periférica com sintomas esporádicos. Actualmente medicada com cetotifeno e montelucaste com um seguimento de 2 anos.

Discussão: A Gastreterite Eosinofílica (GE) é uma doença rara, com manifestações clínicas e achados imagiológicos inespecíficos, cujo diagnóstico requer alto índice de suspeição. O caso descrito realça a necessidade de reconhecer a hipótese diagnóstica de GE na presença de um doente com clínica prolongada de sintomas gastrintestinais, eosinofilia periférica e história de asma e atopia. O tratamento atempado desta entidade permite aliviar a

sintomatologia, muitas vezes incapacitante e reverter défices nutricionais potencialmente graves em idades precoces.

137. TUBERCULOSE DISSEMINADA DURANTE TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB

R. Küttner Magalhães, M. Salgado, T. Moreira, M.J. Magalhães, P. Salgueiro, P. Lago, R. Vizcaíno, M. Certo, I. Pedroto

Serviços de Gastreterologia, Radiologia e Anatomia Patológica, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 26 anos, com Doença de Crohn A2, L1+L4, B1, diagnosticada em 2009, na altura com Prova Tuberculínica (PT) arreactiva. Em Janeiro de 2011 iniciou azatioprina 50 mg/dia, interrompida por pancreatite aguda. Cinco meses depois, realizou novamente PT, repetida 14 dias depois, sendo ambas arreactivas. A radiografia torácica manteve-se sem alterações. Iniciou terapêutica com infliximab 5 mg/Kg (duas infusões sem intercorrências). Não realizou a 3ª infusão por febre vespertina, associada a tosse seca e astenia. Ao exame objectivo salientavam-se a febre (Tax 39,5 °C), adenopatias duras, pouco móveis, no cavado supraclavicular esquerdo e hepatomegalia. Analiticamente apresentava Hg: 10,3 g/dl, ferropenia, PCR 63 mg/l, VS 84 mm e serologias víricas negativas. PT com 27 mm de induração. Quantiferon positivo. TC torácica com conglomerado de adenopatias, com aspecto necrótico nas regiões supraclaviculares, mediastino, celíacas, inter-aorto-cava e latero-aórticas; derrame pleural bilateral de pequeno volume; micronódulos dispersos no parênquima pulmonar; hepatomegalia heterogénea; esplenomegalia com micronódulos dispersos. A histologia da biópsia excisional de adenopatias supraclaviculares revelou linfadenite granulomatosa necrosante e o estudo histoquímico com técnica de Ziehl-Neelsen bacilos álcool-ácido resistentes. A técnica de PCR (polymerase chain reaction) demonstrou positividade para *Mycobacterium tuberculosis*. Assumido então o diagnóstico de tuberculose disseminada. Iniciou isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol e piridoxina, com apirexia ao 2º dia de terapêutica.

Discussão: A utilização de agentes anti factor de necrose tumoral alfa (anti-TNF α), demonstrou uma eficácia evidente no tratamento da Doença Inflamatória Intestinal, mas as preocupações relativas à sua segurança clínica mantêm-se. Pretende-se relevar o risco aumentado de reactivação de tuberculose, em doentes sob terapêutica com anti-TNF α . Salienta-se a importância de manter vigilância clínica apertada e questiona-se o papel da negatividade de PT mesmo na ausência de imunossupressão.

138. DOENÇA CELÍACA REFRACTÁRIA: O QUE FAZER QUANDO SE ESGOTAM AS OPÇÕES TERAPÊUTICAS DISPONÍVEIS?

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

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A Doença Celíaca Refractária (DCR) é uma complicação grave, embora pouco frequente, da Doença Celíaca (DC). Nestes casos, a terapêutica com Cladribina e o transplante autólogo de medula óssea (TAMO) podem ser uma opção, mas os resultados a longo-prazo ainda são incertos.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, com diagnóstico de DC seronegativa em 2008, internada em 2010 por manutenção do quadro de diarreia crónica, anorexia, desnutrição grave (IMC:12 kg/m²) e desequilíbrios hidro-electrolíticos, apesar da dieta sem glúten.

Evidência histológica de atrofia grave da mucosa duodenal (estádio Marsh IIIB) e diagnóstico de jejunoileite ulcerativa em enteroscopia per-operatória. Excluídas outras etiologias de atrofia vilositária. Por suspeita de DCR tipo 2 foi instituído tratamento com budesonido (9 mg/dia) e posteriormente com prednisolona (1 mg/kg/peso). Dada a refratariedade à terapêutica, o caso foi discutido e revisto por centro de referência europeu tendo sido sugerido tratamento com cladribina, que realizou em Outubro de 2010 (ciclo único de 5 mg/m²), com boa resposta clínica, nutricional (IMC: 20 kg/m²) e analítica, mantendo, no entanto, estágio Marsh IIIB histológico. Em Abril de 2011, novo agravamento clínico e analítico, com necessidade de alimentação parentérica. Pela ausência de resposta à cladribina, foi proposta para TAMO, efetuado em Outubro de 2011. Atualmente, 5 meses após TAMO, a doente mantém quadro de anorexia, malabsorção e desnutrição graves (IMC: 15 kg/m²), embora sem diarreia. Histologicamente regista-se persistência de estágio Marsh IIIB.

Discussão: A DCR tipo 2 é uma patologia rara e de difícil diagnóstico. A sua abordagem terapêutica é complexa, existem poucas opções, de eficácia ainda não completamente demonstrada, e que não estão suficientemente validadas. A falência das terapêuticas instituídas neste caso motiva a discussão relativamente à estratégia a adotar.

139. SÍNDROME DE CHILADITI ASSOCIADA A VOLVO DO SIGMÓIDE E COLITE ISQUÉMICA

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Geral.

Caso clínico: Os AA apresentam o caso de uma doente, de 64 anos de idade, com quadro de dor nos quadrantes esquerdos do abdómen, diarreia com sangue e febre, com dois meses de evolução e internamentos prévios por este motivo. Antecedentes de epilepsia, obstipação, carcinoma da mama operado e polimedicada. Ao exame objectivo, apresentava fácies de dor, palidez cutânea, abdómen distendido e doloroso à palpação, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem sinais de irritação peritoneal, e edemas dos membros inferiores. Analiticamente: anemia (hemoglobina: 11 g/dl), trombocitose (361.000/uL), PCR elevada (26 mg/dL) e hipoalbuminemia. Radiografia do abdómen, com distensão gasosa do cólon esquerdo e aparente imagem de torção no sigmóide. A ecografia abdominal mostrava espessamento parietal difuso do sigmóide com peristalse diminuída. Realizou colonoscopia, através de cólon redundante e angulado, que evidenciou no sigmóide, de forma circunferencial e contínua, mucosa nodular, esboçando pseudopólipos, congestiva, friável, com aspecto em "pedra de calçada" e com focos de hemorragia subepitelial. Realizou TAC abdominal após endoscopia, que identificou segmento estenosado e espessamento parietal a nível da transição sigmóide-descendente e recto-sigmóide; e ingurgitamento da veia mesentérica inferior. O estudo das fezes foi negativo. A histologia do cólon identificou lesão inflamatória compatível com isquémia. Realizou terapêutica médica, com melhoria clínica e radiológica. Ocorrido reinternamento na semana seguinte, com recorrência da dor abdominal, evidenciando na radiografia do abdómen distensão gasosa do cólon, sugestiva de volvo da sigmóide e interposição do cólon no espaço hepatodiafragmático - sinal de Chilaiditi; e achados endoscópicos semelhantes aos descritos no internamento anterior. Foi orientada para Cirurgia e submetida a ressecção segmentar do sigmóide.

Discussão: A interposição do cólon no espaço hepatodiafragmático associado a volvo do sigmóide recorrente e colite isquémica, constitui uma associação clínica extremamente rara, com poucos

casos descritos na literatura. Pela raridade do caso os autores apresentam a iconografia imagiológica, endoscópica e histológica recolhida.

140. IPMN E CARCINOMA DO RECTO CONCOMITANTES: UM DESAFIO TERAPÊUTICO

C. Fidalgo¹, I. Figueiredo², S. Faias¹, J. Pereira da Silva¹, R. Casaca², A. Bettencourt², A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Cirurgia, IPOLFG, EPE.

Homem de 64 anos com diabetes insulino-tratada e emagrecimento de 50 Kg com dois anos de evolução. Diagnóstico recente de adenocarcinoma do recto, em cujo estadiamento (T3N1M0), foi diagnosticada lesão quística do pâncreas. EUS: dilatação de todo o Wirsung e atrofia pancreática, com lesão multilocular de 5 cm, com nódulos parietais na cabeça/corpo. FNA-contaminante gástrico. Dois meses após EUS-FNA é internado com dor epigástrica (irradiação em cinturão), febre e elevação dos parâmetros inflamatórios, mas amilase normal. TC revelou IPMN e duas colecções peri-pancreáticas. EUS mostrou trajecto fistuloso entre quisto pancreático e a maior colecção, sugerindo rotura, e a punção desta revelou pús com isolamento de E. Coli, CEA e amilase aumentados. Sob antibioterapia dirigida, melhoria significativa com fístula espontânea para o estômago. Optou-se por RT ao recto (25 Gy em 5 dias) seguida de pancreatectomia total e toilette peritoneal. Intraoperatoriamente observaram-se aderências a pilar do diafragma e grande curvatura gástrica, obrigando a esofagectomia distal e gastrectomia. Pós-operatório com fístula biliar, necessidade de reintervenção (colocação de tubo em T). A peça operatória revelou IPMN com displasia de alto grau, margens negativas, com abscessos peripancreáticos, sem neoplasia. Quatro meses após pancreatectomia, o doente foi submetido a ressecção anterior do recto e a peça revelou resposta patológica completa após RT. O doente está bem e aguarda início de QT adjuvante. Este caso ilustra a dificuldade de abordagem terapêutica quando existem duas neoplasias concomitantes, o que no caso dos IPMNs ocorre em 10 a 50% dos casos, especialmente quando a sua terapêutica é multimodal (recto) e as cirurgias têm recuperação prolongada e não podem ser concomitantes. O evento agudo de rotura do IPMN, é muito raro e levanta questões sobre malignidade/eventual irressecabilidade. Salientamos que a presença de fistulização num IPMN não implica a sua malignidade, justificando sempre tentativa de cirurgia de intenção curativa. É apresentada iconografia.

141. MESOTELIOMA EPITELIÓIDE - UMA NOVA ENTIDADE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DOENÇA DE CROHN?

N. Almeida¹, F. Portela¹, D. Diogo², R. Martins², D. Oliveira³, M.J. Julião³, T. Correia¹, L. Eliseu¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Cirurgia B; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A Doença de Crohn(DC) representa um desafio para os Gastreenterologistas, considerando que há múltiplas entidades a ponderar no seu diagnóstico diferencial. Os autores apresentam o caso de um doente de 55 anos de idade, acompanhado na Consulta de Gastreenterologia (referenciado pelos colegas da Medicina Interna) por suposta DC do íleon terminal. O doente tinha sido submetido a diversos exames complementares de diagnóstico(ECD) para estudo de anemia microcítica e emagrecimento. Neste contexto realizou colonoscopia total e enteroclise por TC. Este último revelou, no íleon terminal, uma estenose com 9 cm, estratificação

da parede e imagens compatíveis com sinais do pente. Estas alterações foram interpretadas como correspondendo a DC e o doente iniciou terapêutica com messalazina e corticoides. Após melhorias iniciais verificou-se novo agravamento clínico, com astenia, adinamia, dores abdominais, sudorese, tosse seca e emagrecimento. Não havia antecedentes pessoais/familiares de tuberculose ou neoplasias gastro-intestinais. Na avaliação clínica o doente apresentava dores abdominais difusas, com defesa à palpação. Analiticamente salientava-se: Hb-8,8 g/dl; VGM-65,2fl; trombocitose-534 T/L; hipoalbuminemia-2,7 g/dl; hiperferritininemia-2721 ng/ml; elevação da PCR-23,93 mg/dl (normal-0,5 mg/dl). Foram realizados diversos ECD para pesquisa de patologias infecciosas, neoplásicas ou autoimunes. A TC abdominal mostrou marcada densificação difusa do grande epíloon, com formações nodulares pericentimétricas, espessamento nodular do peritoneu e dos folhetos do mesentério, com aparente corpo estranho metálico no quadrante inferior direito. Realizou-se uma laparotomia exploradora que revelou uma volumosa massa irregular a nível peritoneal e aderência de todas as ansas intestinais. Foram colhidas biópsias para estudos microbiológicos e histológicos. Estes últimos revelaram um mesotelioma epitelióide. O doente ainda foi proposto para citorredução e quimioterapia intraperitoneal perioperatória mas, a rápida degradação do estado geral impossibilitou esta alternativa. Refira-se que não há história de exposição ao amianto. Este caso clínico (documentado iconograficamente) demonstra uma entidade clínica rara, com uma apresentação inespecífica, que pode conduzir, erroneamente, ao diagnóstico de DC.

142. DOENÇA DE CROHN E VASCULITE LIVEDÓIDE: UMA OU DUAS DOENÇAS?

J. Machado, P. Ministro, A. Silva

Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente, com 30 anos de idade, com Doença de Crohn (DC) e lesões cutâneas ulceradas nos membros inferiores. A DC foi diagnosticada após agudização aos 29 anos de idade. Trata-se de doença ileal, extensa, penetrante, medicada com azatioprina desde Dezembro de 2011. Nos antecedentes pessoais a doente referiu, aos 28 anos de idade, lesões cutâneas nos membros inferiores, refractárias à terapêutica médica instituída na altura, tendo sido efectuado enxerto cutâneo. Em Fevereiro de 2012 apresentou agudização da doença luminal e foram observadas atrofia branca e três lesões cutâneas dolorosas localizadas na região maleolar da perna direita. As características das lesões levantaram dúvidas quanto ao diagnóstico diferencial (pioderma gangrenoso vs vasculite livedóide vs DC metastática cutânea). A biópsia cutânea foi compatível com uma vasculite livedóide. O estudo complementar efectuado revelou anti-DNAs, ANA, anti-SM, pANCA, cANCA, factor reumatoide, anticoagulante lúpico, anticorpos anti-cardiolipina negativos. Estudo genético das trombofilias negativo e normocisteinemia. Foi medicada com adalimumab em Fevereiro de 2012 e anti agregante plaquetar. Apresentou melhoria clínica da doença luminal e as lesões cutâneas diminuíram de tamanho mas persistem. A vasculite livedóide é uma doença crónica rara, hialinizante, caracterizada por trombose vascular e ulceração nos membros inferiores. Pode estar associada, entre outros, a mutações dos genes MTHFR C677T, do factor V de Leiden e da protrombina (G20210A), diminuição da actividade de proteína C, anticoagulante lúpico, anticorpos anti-cardiolipina e hiper-homocisteinemia. As vasculites podem aparecer associadas à DC e preceder o quadro luminal da doença embora não sejam uma manifestação extraintestinal comum. Os autores apresentam este caso pela sua raridade e pela dificuldade do diagnóstico diferencial com o pioderma gangrenoso e DC cutânea metastática.

143. HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA

P. Sousa, C. Midões Correia, A. Gonçalves, P. Moura Santos, J. Malaquias, E. Vitorino, F. Serejo, J. Velosa

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

Doente do sexo masculino, 72 anos, caucasiano com diagnósticos prévios de hipertensão arterial, doença de von Willebrand e osteoartropatia degenerativa, fazendo regularmente anti-inflamatórios não esteróides. Inicia em 2006 quadro de astenia, adinamia e cansaço fácil de instalação e agravamento progressivos sendo diagnosticada anemia ferropénica. Faz endoscopia digestiva alta que foi normal (biópsias gástricas compatíveis com gastrite crónica Hp positiva) e colonoscopia que mostrou diverticulose cólica; inicia terapêutica com ferro oral. Por manutenção da anemia, em 2010 repete estudos endoscópicos cujos resultados foram sobreponíveis aos primeiros. Recorre ao nosso Hospital no início de 2011 por quadro de melenas e hematoquézias e agravamento da anemia (Hb 7,2 g/dL) ficando internado. Repete endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sem achados de novo. Por se manter estável e sem recidiva hemorrágica o doente tem alta a aguardar realização de videocápsula endoscópica. É reinternado um mês depois por novo quadro de hematoquézias. Faz videocápsula endoscópica que sugere a existência de lesões submucosas jejunais. Faz tomografia computadorizada abdominal e entero-ressonância que não mostram alterações. Após nova recidiva hemorrágica, para clarificação do quadro fez enteroscopia de duplo balão que mostrou lesão submucosa ulcerada com cerca de 2 cm, no íleon proximal. As biópsias foram compatíveis com tumor neuroendócrino. Para complementar a avaliação são feitos doseamento de cromogranina A que está aumentada (10,5 nmol/L, normal < 6), ácido 5-hidroindolacético que é normal e cintigrafia para receptores de somatostatina que detecta duas zonas de fixação. Decide-se ressecção da zona afectada onde são individualizados 6 tumores neuroendócrinos G1 (WHO, 2010), um dos quais invade a serosa. Trata-se de um caso de anemia crónica no contexto de tumores neuroendócrinos múltiplos sem síndrome carcinóide. A relevância do nosso caso prende-se com a raridade do mesmo como causa de hemorragia digestiva.

144. LINFOMA INTESTINAL

P. Sousa, C. Midões Correia, P. Moura Santos, F. Serejo, J. Velosa

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

Doente de 43 anos, sexo masculino, caucasiano que cerca de 5 meses antes do internamento tem episódio de melenas, astenia, adinamia e emagrecimento não quantificado. Em avaliação é detectada anemia microcítica hipocrómica pelo que faz endoscopia digestiva alta que mostra hérnia do hiato, gastrite e úlcera do antro cicatrizada. Faz ecografia abdominal superior que mostra esplenomegália. Assiste-se a um agravamento progressivo do quadro de astenia e adinamia com aparecimento de dispneia de esforço que acaba por interferir com as actividades diárias. Por dispneia para esforços mínimos, palpitações e febre vespertina recorre ao Serviço de Urgência. ECG sem alterações! Laboratorialmente com anemia ferropénica (motivo pelo que é internado no Serviço de Gastreenterologia). A avaliação posterior mostrou elevação da PCR mas sem leucocitose e discreta elevação do LDH e da beta 2 microglobulina, sem outras alterações. Foi excluída infecção por BK. Para investigação da anemia, repete endoscopia digestiva alta com achados sobreponíveis aos descritos; colonoscopia - sem alterações; videocápsula endoscópica - mucosa do íleon e jejuno descontinuadamente irregular, pseudopolipóide e de aspecto infiltrado; duodenoscopia - D2, D3 e jejuno proximal com mucosa de

aspecto pseudopolipóide (biópsias). Fez tomografia computadorizada tóraco-abdómino-pélvica que mostrou, além da esplenomegália, conglomerado adenopático retroperitoneal que envolve os grandes vasos e os principais ramos emergentes da aorta. Os achados das biópsias jejunais foram compatíveis com Linfoma não Hodgkin B (CD 20+) folicular, grau 1-2. Fez biópsia óssea que mostrou infiltração moderada por linfoma folicular. Trata-se de um caso de anemia ferropénica internado no Serviço de Gastrenterologia em que a investigação leva ao diagnóstico de um LNH folicular ficando em aberto se trata de um linfoma primário intestinal ou de invasão secundária.

145. UM CASO RARO DE DISFAGIA

P. Sousa, M. Fontes e Sousa, M. Sobral Dias, P. Moura Santos, F. Serejo, J. Velosa

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

Doente do sexo feminino, de 61 anos, caucasiana. Com diagnósticos prévios de esteatose hepática não-alcoólica, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Internada por quadro de disfagia para sólidos, odinofagia e dor retrosternal, com 3 dias de evolução. Sem febre ou outras queixas. Refere episódio auto-limitado de tosse associado a ingestão alimentar 6 dias antes do internamento. Sem alterações relevantes à observação e avaliação por otorrinolaringologia. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros de fase aguda e padrão de colestase bioquímica. Foi instituída empiricamente antibioterapia com piperacilina-tazobactam. Dos exames complementares realizados há a destacar: 1) Endoscopia digestiva alta - compressão extrínseca do esófago superior, com mucosa íntegra. 2) TC cervical e torácica - na transição cérvico-torácica esofágica identifica-se imagem com densidade de partes moles, com bolha de ar no interior, condicionando um desvio para a esquerda do esófago (abcesso vs massa tumoral); 3) Estudo baritado esofágico - progressão da substância de contraste sem obstáculo através do esófago, verificando-se um empurramento da porção inicial do segmento dorsal, sem anomalias dos contornos ou do relevo mucoso; 4) Broncofibroscopia - lesão nodular da mucosa na parede posterior subglótica, lesão nodular na parede anterior da traqueia e redução do calibre (χ asi20%) do lúmen do brônquio principal esquerdo (compressão extrínseca). Foram feitas várias biópsias de ambas as lesões nodulares que foram consistentemente negativas para tecido neoplásico e microrganismos, mostrando apenas infiltrado inflamatório. A evolução clínica e laboratorial foi favorável, retomando a via oral ao 15º dia de internamento. Após 1 mês de evolução, realiza nova TC cervico-torácica que revela, na localização da massa inflamatória inicial, imagem compatível com pequeno divertículo traqueal postero-lateral direito. Admite-se a hipótese de estarmos perante um caso de diverticulite da traqueia. Este caso ilustra uma causa rara de disfagia, por patologia não esofágica.

146. PATOLOGIA ORTOPÉDICA COMO CAUSA RARA DE DISFAGIA

P. Salgueiro, R. Pimentel, R. Magalhães, M. Magalhães, P. Lago, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem de 56 anos, fumador que se apresentou com queixas de disfagia para sólidos, com 4 meses de evolução, sem sintomas acompanhantes. Foi efectuada endoscopia digestiva alta urgente que não revelou quaisquer alterações. Efectuou trânsito esofágico com contraste baritado que revelou compressão do esófago proximal ao nível de C5

condicionada por osteofitose anterior. Os achados foram confirmados posteriormente por tomografia computadorizada e ressonância magnética que mostraram coexistência de calcificação do ligamento longitudinal anterior desde D1 até D5. A manometria esofágica estacionária excluiu dismotilidade esofágica. O doente foi referenciado para consulta de ortopedia estando actualmente a aguardar cirurgia para exérese dos osteófitos.

Discussão: A disfagia é um sintoma definido como sensação subjectiva de impedimento à passagem do bolo alimentar deglutido. Perante um doente com disfagia esta deverá ser caracterizada de acordo com: localização (orofaríngea/esofágica); tipo de alimento (sólidos, líquidos ou ambos); duração e persistência (permanente/intermitente). São várias as etiologias de disfagia podendo ser divididas em causas mecânicas (intrínsecas ou extrínsecas); distúrbios da motilidade; disfagia funcional. A osteofitose cervical anterior tem uma prevalência elevada, principalmente nos idosos (20-30%) e é, na maioria dos casos, assintomática. Poderá no entanto, raramente, ser causa de disfagia por compressão esofágica extrínseca. É importante frisar que a disfagia é um sintoma de alarme e deve motivar investigação urgente para definir a etiologia exacta e iniciar terapêutica apropriada. Dada a raridade de disfagia por osteofitose anterior, esta não deve ser considerada como a causa da disfagia sem serem excluídas outras causas mais frequentes e potencialmente mais graves. O caso apresentado poderá, pelas características radiológicas, corresponder a um caso de Doença de Forestier, também conhecida como hiperostose esquelética difusa idiopática, caracterizada pela ossificação dos tendões e ligamentos na sua inserção óssea, mais frequentemente o ligamento longitudinal anterior da coluna.

147. RICKETTSIOSE ATÍPICA COM ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL

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

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

Introdução: A febre escaro-nodular é uma doença endémica em Portugal, causada pela infecção por duas estirpes do complexo *Rickettsia conorii* - Malish e Israeli tick typhus, cujo principal vector e reservatório é o *Rhipicephalus sanguineus*. Caracteriza-se clinicamente como uma doença exantemática, com um processo de vasculite generalizado. A hemorragia digestiva, embora rara, tem sido descrita nos casos graves de febres exantemáticas com trombocitopenia.

Caso clínico: Os AA apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 62 anos de idade, com um quadro de hematemeses recentes, associadas a febre, dor abdominal, náuseas, vômitos e rash cutâneo, com 5 dias de evolução. Antecedentes de etilismo crónico. Agricultor, residente em ambiente rural. Ao exame objectivo, destacava-se, febre e exantema máculopapular no tronco e palmoplantar. Analiticamente apresentava anemia ferropénica (hemoglobina 8,0 g/dl), trombocitopenia (34.000/uL plaquetas) e insuficiência renal aguda. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou esofagite circunferencial nos 2/3 distais, manchas congestivas e focos de hematina; sangue no lúmen gástrico; antro com várias erosões serpiginosas conferindo à mucosa um aspecto "empedrado" e várias pequenas úlceras superficiais recobertas com hematina, uma delas com hemorragia activa; efectuada hemostase com 4 hemoclips e adrenalina; duodeno com erosões serpiginosas e difusas. Biópsias duodenais revelaram duodenite erosiva. Serologia positiva para *Rickettsia conorii*. Iniciou terapêutica com Doxiciclina. Pela persistência da febre e agravamento do estado de consciência realizou TAC crâneo-encefálica, punção lombar e cultura do LCR, sem alterações. A EDA de revisão revelou melhoria das lesões

endoscópicas e ausência de sinais de hemorragia recente. O doente foi transferido para o Hospital da sua área de residência para continuação dos cuidados médicos.

Discussão: O caso descrito ilustra a relevância do reconhecimento das manifestações sistémicas das doenças infecciosas, no diagnóstico de doentes internados por hemorragia digestiva, sendo particularmente interessante pela iconografia endoscópica recolhida.

148. FEBRE E PANCITOPENIA NUMA DOENTE DE CROHN IMUNOSSUPRIMIDA

C. Freitas, C. Sousa Andrade, H. Morna, F. Jacinto, F. Aveiro, C. Camacho, M. Câmara, F. Capelinha, R. Teixeira

Serviço de Gastroenterologia, Serviço de Hemato-oncologia, Serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Central do Funchal.

Introdução: A infecção por citomegalovírus (CMV) é uma complicação rara nos doentes de Crohn sob terapêutica com Azatioprina, com várias formas de apresentação.

Caso clínico: Mulher, 30 anos de idade, admitida por febre, mialgias e mal-estar geral. Antecedentes de doença de Crohn com 7 anos de evolução, com 3 cirurgias prévias e sob Azatioprina (2,5 mg/Kg/dia) desde há 2 meses, por doença grave. Apresentava febre, icterícia, hepatoesplenomegalia e edemas periféricos. Analiticamente, pancitopenia (Hemoglobina 8,4 g/dL, Leucócitos 1.400/ μ L, Neutrófilos 817,6/ μ L, Plaquetas 22.000/ μ L.), Hipofibrinogénemia (87,0 mg/dL), Hipertrigliceridemia (346,0 mg/dL, Proteína-C-reativa 78,11 mg/dL, Velocidade de sedimentação 83 mm, β 2 microglobulina 10,27 ng/dL, Hipoalbuminemia (23,0 g/L), Hiperferritinemia (3.063 ng/L), e alteração das enzimas hepáticas (AST 246 U/L, ALT 165,3 U/L, GGT 354 U/L, ALP 381 U/L, Bil T 11,82 mg/dL - directa 7,41 mg/dL). A tomografia toraco-abdomino-pélvica revelou hepatomegalia homogénea, hipertensão portal, espessamento do íleon distal e adenomegalias mesentéricas. A biópsia endoscópica da anastomose revelou infecção por CMV, assim como a PCR do DNA do CMV no ($2,73 \times 10^4$ cópias/ml). Suspendeu a imunossupressão e iniciou Ganciclovir endovenoso. Para excluir distúrbio linfoproliferativo, realizou-se aspirado medular, mostrando aumento do número de macrófagos com hemofagocitose. Perante o diagnóstico de Infecção sistémica grave a CMV com síndrome hemofagocítica (SHF) foi transferida para o serviço de Hematologia, onde iniciou imunoglobulina intravenosa e factor de crescimento granulocítico. Houve deterioração clínica, por pneumonia nosocomial com derrame pleural bilateral e insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e admissão em cuidados intensivos. Melhoria clínica, tendo alta ao 30º dia, sob corticoterapia oral, estando medicada actualmente com Infliximab por persistência da actividade endoscópica do Crohn.

Discussão: A infecção por CMV em contexto de terapêutica imunossupressora, associada a SHF, é potencialmente fatal. A Azatioprina parece ter um papel importante na patogénese desta síndrome. Constitui um desafio diagnóstico, sendo necessário um elevado índice de suspeição.

149. PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA CAUSADA POR UM AGENTE INCOMUM

C. Freitas, G. Serrão, C. Sousa Andrade, R. Teixeira

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Central do Funchal.

Introdução: A Peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma complicação comum nos doentes cirróticos, com mortalidade significativa. Os microorganismos mais frequentemente implicados

são as bactérias entéricas Gram negativas e alguns coccus Gram positivos. Os autores apresentam o caso de uma PBE causada por um agente incomum.

Caso clínico: Homem, 66 anos, com cirrose hepática alcoólica (CHA), admitido por prostração e dor abdominal. Encontrava-se pouco colaborante, com discurso imperceptível, desidratado, com asterixis, apirético, taquicárdico (123 bpm) e normotenso (123/75 mmHg). Apresentava sinais de hepatopatia crónica, incluindo ascite volumosa sob tensão. Das análises salientava-se leucocitose com neutrofilia, PCR 115 mg/dL e insuficiência renal aguda (Creatinina 1,8 mg/dL, Ureia 72 mg/dL). Realizou paracentese evacuadora de 7,5 L. O estudo citoquímico do líquido ascítico revelou PBE. Iniciou-se terapêutica com Cefotaxime 2 g de 8 em 8 horas e enviou-se líquido ascítico para estudo microbiológico. A evolução clínica foi desfavorável, com agravamento dos parâmetros inflamatórios e da retenção azotada. No 3º dia, a cultura do líquido ascítico revelou crescimento de *Listeria monocytogenes*. Alterou-se a antibioterapia para Ampicilina. No entanto, manteve deterioração clínica, com agravamento da função renal, depressão do estado de consciência e desenvolvimento de convulsões tónico-clónicas generalizadas, falecendo ao 8º dia de internamento por sépsis grave no contexto de PBE por *Listeria monocytogenes*.

Discussão: São poucos os casos na literatura de PBE a *Listeria monocytogenes* (cerca de 50), a maioria associados a CHA. As cefalosporinas de 3ª geração são a primeira linha no tratamento empírico da PBE. No entanto, não cobrem as espécies de *Listeria* pelo que se deve suspeitar deste agente em doentes com CHA que não respondem à antibioterapia empírica nas primeiras 48h.

150. TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA INDIVIDUALIZADA

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

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

Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNE) gástricos são entidades raras (incidência de 0,2/100.000), responsáveis por menos de 1% de todas as neoplasias gástricas.

Caso clínico: Os AA apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 71 anos de idade, assintomático, com antecedentes de prostatite crónica, que realizou endoscopia digestiva alta (EDA) em ambulatório, que identificou pólipos séssil congestivos, com cerca de 3,5 cm de diâmetro cefálico, localizado na grande curvatura do corpo baixo, pelo que foi referenciado ao Serviço de Urgência. Repetiu EDA com polipectomia e biópsias de formação polipóide séssil diminuta do antro. O estudo histológico revelou TNE bem diferenciado desenvolvido na mucosa e submucosa, com margens de ressecção comprometidas, com índice mitótico e de proliferação celular compatível com TNE do tipo I; antro com hiperplasia de células neuroendócrinas e hiperplasia adenomatóide. A ecoendoscopia mostrou área proclivada com pequena erosão, em relação com polipectomia prévia, com cerca de 1 cm de maior eixo, sem invasão da muscular própria. Apresentava hipergastrinemia sérica 1.331 pg/mL (N < 90 pg/mL). Realizou TAC do tórax, abdómen e pélvis, que não mostrou alterações. O Octreoscan identificou fixação electiva apenas a nível gástrico. De acordo com o tipo e o estadiamento tumoral (Estadio I da Classificação TNM da European Neuroendocrine Tumor Society), foi proposta gastrectomia subtotal. Apresenta-se iconografia endoscópica, histológica, imagiológica e macroscópica.

Discussão: A terapêutica dos TNE gástricos deve ser individualizada de acordo com o tipo e o estadiamento tumoral. Os tipos I e II, associados a hipergastrinemia, podem na maioria dos casos ser tratados endoscopicamente, à excepção de pólipos séssis volumosos com margens de ressecção endoscópica comprometidas, tal como

no caso descrito, situação em que está indicada a ressecção cirúrgica. Por sua vez, os TNE do tipo III, considerados esporádicos, deverão ser alvo de ressecção cirúrgica idêntica à proposta para o adenocarcinoma gástrico.

151. COLITE E ALTERAÇÃO DOS TESTES DE FUNÇÃO HEPÁTICA: DUAS FACES DA MESMA MOEDA

A. Ferreira, A. Machado, A.C. Caetano, B.M. Gonçalves, R. Gonçalves

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Braga.

Homem de 43 anos, com antecedentes de dislipidemia é enviado para consulta de gastreenterologia por alteração dos hábitos intestinais com períodos de diarreia sanguinolenta e alterações dos testes de função hepática. Tinha efectuado colonoscopia noutra instituição que demonstrou várias erosões e eritema em todo o cólon, com atingimento contínuo, sugestivo de colite ulcerosa, cujas biópsias revelaram colite inespecífica. O estudo analítico efectuado demonstrou AST 268 U/L (15-37), ALT 299 U/L (12-78), GAMA GT 2.220 U/L (15-85) e Fosfatase Alcalina 792 U/L (50-136); Bilirrubina total 1,10 mg/dl (0,2-1,0) e Bilirrubina directa 0,60 mg/dl (0-0,2); estudo de coagulação, albumina e hemograma normais. O restante estudo virológico e auto-imune não apresentava alterações relevantes mas os testes de função tiroideia demonstraram TSH elevada de 14,400 uUI/ml com T3 e T4 ligeiramente diminuídas e anti-corpos anti-tiroideus elevados. Foi efectuada ecografia abdominal que demonstrou fígado com textura rude sem formações nodulares e vias biliares com calibre normal e ecografia da tiróide que demonstrou textura marcadamente heterogénea, ausência de nódulos e dimensão diminuída sugestivo de tiroidite. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) demonstrou vias biliares intra-hepáticas e canais hepáticos de calibre irregular, com segmentos ectasiados e outros estenosados, associando-se algum conteúdo hiperintenso em T1 sugerindo lama/cálculos - alterações concordantes com colangite esclerosante. A biópsia hepática confirmou o diagnóstico de colangite esclerosante primária com fibrose nos espaços porta e pontes porto-portais, proliferação ductal com infiltrado inflamatório polimorfo e ainda fibrose concêntrica envolvendo estruturas ductais (lesão em “bolbo de cebola”). O doente iniciou tratamento com mescalazina e AUDC. A colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença colestática crónica de etiologia desconhecida, caracterizada por inflamação, esclerose e obliteração progressiva das vias biliares extrahepáticas e/ou intrahepáticas. Em cerca de 75% dos casos, a CEP é acompanhada de doença inflamatória intestinal e pode estar associada a outras doenças auto-imunes como tiroidites.

152. DOENÇA DE WHIPPLE E LINFOMA: ASSOCIAÇÃO RARA

B. Pereira¹, S. Mão de Ferro¹, S. Gomes², R. Cabrera³, P. Chaves³, A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Hematologia; ³Serviço de Anatomia Patológica. IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Homem, 64 anos, com história progressiva irrelevante, recorre ao médico assistente por quadro de astenia, anorexia e emagrecimento (> 10%), com 2 meses de evolução. Realizou análises que revelaram anemia ferropénica e VS elevada, EDA e colonoscopia normais, teste da tuberculina não reactivo, e TC com múltiplas adenomegalias mesentéricas e algumas axilares, colocando-se a hipótese de doença linfoproliferativa, pelo que foi internado para estudo. Submetido, entre outros exames, a biópsia ganglionar laparoscópica cujo estudo imunocitoquímico revelou aspectos reactivos não sugestivos de malignidade. Por inconclusão diagnóstica foi referenciado a consulta de Hematologia, verificando-se, entretanto, agravamento clínico

com aparecimento de diarreia. Realizou mielograma com medula óssea normocelular e citometria de fluxo que revelou células com fenótipo compatível com linfoma não-Hodgkin B. Perante resultado histológico prévio de adenopatia inconclusivo, foi feita excisão de gânglio axilar que mostrou macrófagos com inclusões PAS+, sugestivos de doença de Whipple ou micobacteriose atípica, sem evidência de malignidade. Repetiu EDA (3 meses após a inicial) que revelou bulbo e D2 com mucosa edemaciada e esbranquiçada, identificando-se igualmente nas biópsias macrófagos com inclusões PAS+. O diagnóstico de doença de Whipple foi confirmado por PCR positiva para DNA do *Tropheryma whipplei*. Iniciou tratamento com ceftriaxone ev e posterior manutenção com cotrimoxazol, verificando-se franca melhoria clínica, com remissão da diarreia e aumento de peso de 8 Kg após 2 semanas. Mantém vigilância e estudo do linfoma em consulta de Hematologia. A doença de Whipple é uma infecção sistémica que pode atingir praticamente qualquer órgão. Alguns casos apresentam-se com escassa sintomatologia gastrointestinal e linfadenopatias que levantam suspeita de doença maligna, conduzindo a um atraso no diagnóstico e tratamento. Os autores salientam a invulgar forma de apresentação e raridade da associação com linfoma, havendo escassos relatos na literatura. Permanece por elucidar uma eventual relação entre a infecção e o desenvolvimento de linfoma.

153. TUBERCULOSE HEPÁTICA ISOLADA

B. Pereira¹, R. Alvarez², J. Parreira², R. Rego³, S. Faias¹, P. Chaves³, A. Dias Pereira¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Hematologia; ³Serviço de Anatomia Patológica. IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Homem, 59 anos, inicia quadro de febre (39 °C) intermitente, com remissão parcial ao ibuprofeno, sem outras queixas. Dois meses depois, por manutenção de febre e diaforese, foi internado para estudo. Analiticamente apresentava leucopénia, anemia e elevação da VS e PCR. Feito estudo etiológico exaustivo que incluiu Rx tórax, TC toraco-abdominal, ecocardiograma, broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e biópsias, serologias para diversos agentes infecciosos, IGRA, factores de autoimunidade, ECA, hemoculturas, urocultura, pesquisa de BK nas secreções brônquicas e sangue, inclusive em meio Lowenstein, todos eles inconclusivos. Perante as alterações hematológicas realizou medulograma com biópsia osteomedular que revelaram escassa densidade celular com 25% de tricoleucócitos. A citometria de fluxo confirmou síndrome linfoproliferativa B sugestiva de tricoleucémia. A mielocultura e pesquisa de BK na medula óssea foram negativas. Apesar de estabelecido o diagnóstico de tricoleucémia, considerou-se que os sintomas constitucionais dificilmente seriam explicáveis por esta entidade, centrando-se novamente a investigação na exclusão de patologia infecciosa, tendo-se repetido vários dos exames anteriores que mais uma vez não revelaram alterações. O doente manteve febre e sudorese profusa mesmo sob múltiplos esquemas antibióticos. Analiticamente houve agravamento da anemia e leucopénia e subida dos valores da AST (88), γ GT (830), fosfatase alcalina (481) e bilirrubina (2,09). Efectuou-se biópsia hepática que revelou granulomas epitelióides necrotizantes, sugestivos de tuberculose. A cultura em meio Lowenstein da biópsia hepática foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis* conduzindo ao diagnóstico de tuberculose hepática. Sob terapêutica antibacilar quádrupla, assistiu-se a melhoria clínica rápida e regressão das alterações analíticas. Das várias formas de tuberculose hepática descritas o envolvimento difuso sem evidência de infecção noutros órgãos é das menos frequentes. Destaca-se a ausência de alterações imagiológicas e pesquisa negativa de BK nos restantes produtos avaliados que incluíram o lavado broncoalveolar e a biópsia brônquica, tendo o

diagnóstico apenas sido possível em exame cultural de biópsia hepática.

154. HEMOSTASE DE VARIZ GASTROESOFÁGICA COM CIANOACRILATO, EM DOENTE CIRRÓTICO COM HEMOFILIA A GRAVE

R. Küttner Magalhães, M. Salgado, R. Marcos Pinto, J.M. Ferreira, T. Moreira, P. Salgueiro, M.J. Magalhães, S. Morais, I. Pedroto

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

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 65 anos, com Hemofilia A grave, Hepatite C Crónica nunca tratada com progressão para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (CHC) multifocal. Encontrava-se em Child Pugh Turcotte C, Recorreu ao SU por hematemese com duas horas de evolução. À admissão encontrava-se consciente, com pressão arterial de 90/60 mmHg, frequência de pulso de 140 bpm, Hg de 7,4 g/dL e plaquetas de 101.000 μ L. Procedeu-se a reposição de volume, transfusão de concentrado de eritrócitos, Factor VIII e infusão de terlipressina. Realizou endoscopia digestiva alta na qual se identificaram varizes gastroesofágicas grandes, com coágulo fresco em variz gastroesofágica de tipo 1 (GOV1), tendo-se procedido a injeção de 1 cc de N-butil-cianoacrilato (histoacryl®) diluído em 1 cc de lipiodol, sem intercorrências. Verificada boa evolução clínica, e ausência de recidiva hemorrágica, tendo o doente falecido quatro meses depois por falência hepática.

Discussão: A prevalência de hipertensão portal e das suas complicações está a aumentar em doentes com hemofilia e cirrose hepática, nomeadamente naqueles não tratados, nos não respondedores à terapia ou nos recidivantes. Apesar do progresso alcançado nas últimas décadas, a mortalidade às 6 semanas, associada à hemorragia varicosa permanece na ordem dos 10 a 20%. A hemorragia por varizes gastroesofágicas representa um evento de alto risco de morbidade e mortalidade, particularmente em doentes hemofílicos cirróticos. O controlo do episódio hemorrágico revela-se um processo exigente, devido à deficiência congénita de factor VIII ou IX, associada ao défice adquirido na síntese hepática e à eventual trombocitopenia por hiperesplenismo. Neste contexto, reporta-se a eficácia e segurança de um caso de injeção de cianoacrilato em GOV1 com hemorragia activa.

155. HEPATITE FULMINANTE ASSOCIADA AO DIAZEPAM E TRAZODONA

S. Carvalhana¹, A. Oliveira², P. Ferreira², M. Resende², R. Perdigoto³, E. Barroso³

¹Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia; ²Unidade de Cuidados Intensivos; ³Unidade de Transplantação Hepato-Biliar, CHLC.

Introdução: Apesar da maioria dos fármacos poder apresentar hepatotoxicidade, raramente causam hepatite fulminante. Descreve-se o caso clínico de um doente, que após 3 meses de administração de trazodona e diazepam em doses terapêuticas, desenvolve um quadro de hepatite fulminante com necessidade de transplante hepático.

Caso clínico: Homem de 57 anos, internado por astenia, icterícia e colúria. Clinicamente apresentava icterícia e encefalopatia hepática. Analiticamente salientava-se plaquetas 99.000, INR 1,84, AST 2.745 U/L, ALT 4.638 U/L, Bilirrubina total 12,7 mg/dL, gGT 603 U/L e albumina 3,3 g/dL. A ecografia abdominal mostrava fígado de dimensões mantidas e ecoestrutura difusamente heterogénea, sem outras alterações. Tratava-se de um doente com síndrome depressivo

reactivo, medicado desde há 3 meses com trazodona e diazepam em doses terapêuticas e hábitos etanólicos moderados (70 g/dia) interrompidos após início de terapêutica anti-depressiva. Durante o internamento verificou-se agravamento da falência hepática (Factor V 30% e Factor VII 8%), tendo o doente sido transferido para a UCI. Foi feito pedido iso-grupal urgente para transplante, acabando 9 dias mais tarde por ser transplantado contra-grupo. As serologias para hepatites víricas, bem como o estudo da auto-imunidade, do cobre e do ferro, foram negativos ou normais. A biópsia hepática revelou necrose em ponte, com colestase e infiltrado inflamatório, compatível com uma insuficiência hepática aguda tóxica. Dado a ausência de outra epidemiologia além da medicação e os achados histológicos encontrados, pode-se inferir uma relação directa da trazodona e do diazepam na etiologia deste caso.

Discussão: Este caso é de especial interesse pela sua raridade, existindo apenas dois outros casos descritos na literatura de hepatite fulminante associada à trazodona. Monitorizações regulares da função hepática devem ser realizadas, de forma a evitar complicações fatais.

156. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE APÓS TRATAMENTO COM INTERFERÃO E RIBAVIRINA: UM CASO CLÍNICO

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

Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, Hospital de Santo André.

O actual tratamento de escolha para a hepatite C crónica é a combinação de Interferão (IFN) com Ribavirina, infelizmente ambos os fármacos apresentam toxicidade hematológica significativa. A trombocitopenia ligeira a moderada é uma complicação frequente do tratamento, no entanto, a ocorrência de púrpura trombocitopénica auto-imune (PTI) grave foi raramente descrita. A patogenia desta complicação não é totalmente conhecida mas, estudos demonstram a possibilidade do IFN induzir a produção de anticorpos anti-plaquetas. Os casos relatados de PTI induzida pelo IFN ocorreram desde as 4 semanas aos 12 meses de tratamento, bem como, 1 e 6 meses após terminar o tratamento. Remete-se um caso de hepatite C crónica com genótipo 1a, tratada durante 48 semanas com Peg-IFN α 2a e Ribavirina que, desenvolveu trombocitopenia severa uma semana após finalizar o tratamento. O doente com 47 anos, recorreu ao SU por queixas de hematomas espontâneos. No estudo analítico foi identificada pancitopenia (que já apresentava), destacando-se de novo trombocitopenia severa (plaquetas $15,0 \times 10^3/\mu$ L), esfregaço sanguíneo sem alterações de relevo, ausência de reactivação da hepatite C, provas da coagulação normais, ANA/ASMA negativos e ausência de outras causas (infecção viral de novo, outros fármacos e esplenomegalia). Foi iniciada corticoterapia (Prednisolona 1 mg/Kg oral por dia) e posteriormente Imunoglobulina Humana (60 g por dia, durante 2 dias) com resposta plaquetária favorável (plaquetas $61,0 \times 10^3/\mu$ L). Concluímos, com base na apresentação clínica, na resposta à terapêutica instituída e na ausência de outras causas identificáveis, tratar-se de um caso de púrpura trombocitopénica auto-imune tardia, iatrogénica ao tratamento da hepatite C crónica. O facto de ter ocorrido uma semana após a interrupção do tratamento não exclui este diagnóstico pois, o IFN, especialmente as formas peguiladas, apresenta longa semi-vida e actividade prolongada.

Ciência Básica

157. MOLECULAR CHARACTERIZATION OF HEPATITIS C VIRUS FROM PORTUGUESE PATIENTS: A GEOGRAPHICAL INFERENCE

R.S. Alves^{1,2}, P.A. Vasconcelos-Medeiros de Souza¹, J. Velosa³, R. Marcelino⁴, R.T. Marinho³, I.M.V.G. de Carvalho-Mello^{1,2}

¹Lab. Imunol. Viral, Inst. Butantan, São Paulo, Brazil. ²Dpt. de Medicina, Disciplina de Gastreenterologia/Escola Paulista de Medicina, SP, Brazil. ³Dpt. de Gastreenterologia e Hepatologia, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa. ⁴Instituto de Medicina Molecular, Lisboa.

Hepatitis C virus (HCV) molecular epidemiology by genotyping, accurate subtype determination and phylogenetic studies is becoming increasingly important to better understand chronic infection, viral evolution and the development of resistance to the new DAA's. The aim of this study was to perform phylogenetic analyzes in HCV RNA samples from Portuguese patients with sequences from different geographic locations. RNA was extracted from five plasma samples

using a QIAamp Viral RNA kit. cDNA was produced using reverse transcriptase with random primers. For amplification of the NS3 polymerase and NS5B regions, a nested PCR was performed and the products were sequenced. The sequences obtained were quality tested, aligned and edited with Bioinformatics softwares. A Maximum Likelihood tree was made with our sequences and sequences from GenBank with different geographical origins and genotypes and subtypes and a 1.000 Bootstraps replicates to analyze the phylogenetic characteristics of that population. The phylogenetic analysis has shown that two patients had HCV genotype 3a, two genotype 4a and one genotype 1a. In the 4a sequences, of the two patients one clustered with African Sequences from Gana and one with French sequences, appearing that 4a sequences had visible clades that separate most of African and European sequences. The HCV 3a sequences from patients had a similar result were one sequence clustered with European Sequences (United Kingdon and Switzerland) and another sequence clustered with Asian sequences from Thailand but without a visible separation between the two areas. The 1a Sequence clustered with European sequences, don't presenting relation with Brazilian or American sequences. In conclusion: HCV patients sequences from Portugal has shown singular geographical patterns depending of genotype and the origin of the patient.