



Jornal Português de
Gastreenterologia
Portuguese Journal of Gastroenterology

www.elsevier.pt/ge



POSTERS

Semana Digestiva 2013

Centro de Congressos de Vilamoura, 13, 14 e 15 Junho 2013, Sala Fénix III

Tubo Digestivo

1. ESTENOSE BENIGNA REFRACTÁRIA DO ESÓFAGO

L.C. Meireles, J.M. Canena, I. Marques, A.P. Coutinho, B.C. Neves

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente.

Os autores apresentam o caso de um doente de sexo masculino, 53 anos, caucasóide, com doença do refluxo gastroesofágico de longa data e fazendo medicação irregular que iniciou quadro de disfagia progressiva (score 2-3), constatando-se na endoscopia estenose inultrapassável aos 33 cm da arcada dentária (6mm de diâmetro e 2 cm de comprimento). Procedeu-se à realização de 5 sessões de dilatação com velas de Savary-Guiliard (nunca se ultrapassando um diâmetro máximo de 12,8 mm). No intervalo de cada procedimento, verificou-se recidiva precoce (< 7 dias) da estenose e consequente disfagia. Perante o cenário de uma estenose refractária optou-se pela colocação de prótese metálica auto-expansível totalmente coberta, assistindo-se a resposta clínica transitória favorável (score de disfagia 0). Ao fim de 1 mês, o doente apresentava recidiva da disfagia (score 1-2). Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou prótese migrada e estenose parcialmente refeita, procedendo-se a reposicionamento da prótese. Um mês depois, o doente apresentava recidiva das queixas. Procedeu-se a reavaliação objetivando-se prótese migrada de novo. Optou-se por substituir a prótese totalmente coberta por uma prótese biodegradável. Ao fim de 3 meses pós colocação da prótese, esta apresentava-se totalmente degradada e o doente sem queixas. Ao fim de 6 meses de seguimento, o doente mantinha-se sem disfagia. Endoscopicamente a zona da anterior estenose apresentava tecido de granulação sem significado clínico, permeável e sem necessidade de terapêutica endoscópica. A terapêutica conservadora com dilatação endoscópica (velas ou balão) deve ser a abordagem de primeira linha das estenoses benignas do esófago. Contudo, a dilatação seriada destas estenoses está por vezes associada a incapacidade de manter um lúmen esofágico de pelo menos 14mm e de não haver disfagia. Alguma evidência sugere que a colocação temporária de próteses auto-expansíveis é

uma opção segura e bastante eficaz num grupo de doentes com poucas opções terapêuticas.

2. OTSC PARA ENCERRAMENTO DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA POR ESPINHA DE PARGO

A. Ferreira, J. Lopes, L.C. Ribeiro, J. Velosa

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

Doente do sexo masculino com 85 anos de idade e antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo II que recorre ao serviço de urgência do hospital da área de residência por dor epigástrica e vômitos com dois dias de evolução, com início após refeição de pargo. Na apresentação inicial o doente encontrava-se consciente, com dor abdominal intensa, taquicárdia e taquipneia. Laboratorialmente destacava-se leucocitose e proteína C reactiva de 233 mg/L, sem falência de órgão. Por sépsis de ponto de partida abdominal é realizada avaliação por TC abdominal que documenta a existência de pneumoperitônio. É submetido a laparotomia exploradora que não identificou nenhuma perfuração de víscera oca nem contaminação da cavidade peritoneal mas permitiu a observação de enfisema junto à transição esófago-gástrica. Assume-se perfuração proximal ao cárdia e opta-se pela transferência para um hospital terciário. O doente é transferido e é realizada endoscopia digestiva alta que identifica uma espinha com 3 cm, determinando uma perfuração de 10 mm ao nível do terço distal do esófago. A espinha é removida endoscopicamente e a lesão cuidadosamente avaliada. Devido às características da lesão, nomeadamente a presença de tecido de granulação e a cronologia dos eventos, opta-se encerrar a solução de continuidade com o OTSC (*Over The Scope Clip*; Ovesco Endoscopy GmbH, Tübingen, Alemanha). A aplicação do dispositivo decorreu sem intercorrências e a eficácia foi documentada em estudo dinâmico por radioscopia. O doente está atualmente internado, no 3º dia de pós-operatório, sob antibioterapia e com melhoria clínica e laboratorial do processo séptico. O clip OTSC tem sido usado maioritariamente no encerramento de fístulas relacionadas com complicações

pós-cirúrgicas, no entanto, é uma alternativa fácil, segura e eficaz no âmbito de defeitos profundos da parede gastro-intestinal de outra etiologia.

3. DIVERTICULOTOMIA DE ZENKER

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

O divertículo de Zenker é o mais comum do tubo digestivo alto. Ocorre principalmente em homens de meia-idade e os principais sintomas são disfagia e regurgitação. O septo é constituído pela mucosa, submucosa, tecido fibroso e músculo cricofaríngeo. As opções terapêuticas disponíveis são a cirurgia aberta ou a terapêutica endoscópica por endoscópio rígido ou flexível com o auxílio de *cap* ou de diverticuloscópio. A escolha terapêutica depende do *status* do doente, do tamanho do divertículo e dos meios disponíveis. Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos, com queixas de disfagia, regurgitação, halitose e infeções respiratórias de repetição. Realizou trânsito esofágico que revelou divertículo de Zenker estadio III. Foi submetido a septotomia de Zenker sob anestesia geral, em decúbito lateral esquerdo. Utilizou-se endoscópio flexível com diverticuloscópio e uma faca de pré-corte (Wilson Cook). Foram efetuadas incisões em modo *endo-cut Q*, com efeito 3. Realizou-se incisão completa do septo até ao desaparecimento do músculo cricofaríngeo. Foram colocados dois clips (*Resolution Boston Scientific*) para prevenção de hemorragia. O doente teve alta no próprio dia. Apresentou odinofagia nos primeiros três dias após terapêutica e ao sétimo dia encontrava-se sem sintomas. Na avaliação aos seis meses, totalmente assintomático. O uso de endoscópio flexível com diverticuloscópio tem a vantagem de ser menos invasivo, logo com menor risco anestésico, facilitando uma melhor exposição do septo e estabilidade do endoscópio. A opção com utilização de faca pré-corte, permite a medição da dimensão do divertículo, auxiliando no controlo da profundidade do corte e na maioria das vezes, o desaparecimento dos sintomas numa única sessão. A principal complicação descrita é a hemorragia, podendo ser prevenida/tratada com a utilização de clips metálicos. Nos idosos, esta constitui a primeira opção terapêutica. Pretende-se evidenciar a eficácia da associação destes acessórios.

4. PRÓTESES METÁLICAS AUTOEXPANSÍVEIS NAS COMPLICAÇÕES DE CIRURGIA BARIÁTRICA - UM ESTUDO RETROSPECTIVO

P. Magalhães Costa, C. Chagas, D. Serra, T. Bana e Costa, L. Matos

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

A cirurgia bariátrica é muito eficaz na redução de todas as causas de mortalidade associadas à obesidade. Um dos principais riscos deste tipo de cirurgia são as complicações anastomóticas, nomeadamente, as “fugas” ou *leaks*, deiscências, fistulas e estenoses. De maneira a diminuir a morbi-mortalidade associada à re- operação, a aplicação de próteses endoscópicas permitem o encerramento do *leak*/deiscência e, simultaneamente, a alimentação *per os*.

Objetivo: Avaliar a eficácia e segurança da colocação de próteses metálicas autoexpansíveis (PMAEs) no tratamento de complicações de cirurgia bariátrica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, desde Janeiro de 2008 até Fevereiro 2013. Foram seleccionados doentes referenciados ao Serviço de Gastrenterologia por suspeita de *leak*, deiscência ou fistula após cirurgia bariátrica (*sleeve* gástrico e *bypass* em Y de Roux).

Resultados: Foram identificados 6 doentes, sendo a maioria (n = 4; 67%) do sexo feminino com idade média de 46 anos, IMC médio de 41,7 (valor mínimo: 35; máximo: 53,2). A maioria foi sujeito a *sleeve* gástrico por laparoscopia (n = 4; 67%), enquanto que os restantes foram submetidos a *bypass* gástrico (Y de Roux). A principal complicação detectada foi a fuga ou *leak* (5 dos 6 casos), tendo ocorrido 1 fistula (*sleeve* gástrico). Foram utilizadas 13 PMAEs, originando uma média de 2 dispositivos por doente. As próteses utilizadas foram: 5 Ultraflex® Boston Scientific (parcialmente cobertas), 4 Wallflex® Boston Scientific (2 totalmente cobertas e 2 parcialmente cobertas), 3 Evolution® Cook Medical (parcialmente cobertas) e 1 Niti-S® Taewoong Medical. O *ratio* próteses parcialmente cobertas vs totalmente cobertas foi de 4:1. O diâmetro do corpo das próteses colocadas variou entre 18 e 23 mm e o comprimento entre 100 e 155 mm. Apesar do sucesso técnico na colocação das próteses ter sido de 100%, em 3 casos (50%) foi necessária a aplicação de mais do que 1 PMAE no mesmo exame. Num desses casos (deiscência de cerca de 2/3 da anastomose) foram colocadas duas PMAEs simultaneamente em duas sessões, quer pela dimensão da deiscência quer pela persistência de fuga. Posteriormente foram colocadas, em substituição, 2 próteses em tempos distintos tendo resolvido 3/4 da deiscência com remoção final das mesmas e aplicação de clips no restante *leak*. Num dos casos (*bypass* gástrico), apesar do aparente sucesso técnico na resolução do *leak*, clínica e imagiologicamente verificou-se persistência deste tendo o doente sido re-operado com sucesso. O tempo médio de permanência da PMAE foi de 32 dias (mínimo de 8 dias e máximo de 60 dias). Sendo o objetivo primário a resolução clínica e imagiológica da complicação cirúrgica, esta foi obtida, num primeiro tempo, em 50% (3/6) dos casos. Porém, ainda que com recurso a PMAEs adicionais colocadas num segundo tempo, a eficácia subiu para 83,3% (5/6 casos). Não foi observada migração de qualquer das PMAEs colocadas. Por hiperproliferação tecidual nos topos da prótese foi necessária a colocação de uma PMAE adicional em apenas 1 caso. Verificou-se 1 caso de estenose da anastomose após resolução de *leak* cirúrgico (*bypass* gástrico). Registou-se 1 caso de mortalidade: mulher de 43 anos, submetida a *sleeve* gástrico com deiscência de cerca de 2/3 da anastomose.

Conclusões: Vários estudos têm demonstrado a eficácia da colocação de PMAEs na resolução de *leaks* ou fistulas após cirurgia bariátrica. A nossa experiência confirma que a sua eficácia é razoável apesar de serem necessárias múltiplas próteses na maioria dos casos. Relativamente à segurança, provavelmente devem ser preferidas próteses parcialmente cobertas nestes doentes, por um lado evitando a migração e por outro não parecendo dificultar a sua remoção endoscópica.

5. EFICÁCIA DA DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA COM BALÃO NO TRATAMENTO DA DISFAGIA APÓS FUNDOPLICATURA

A. Oliveira, D. Branquinho, S. Campos, T. Correia, C. Gregório, D. Gomes, C. Agostinho, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A fundoplicatura é utilizada no tratamento da doença do refluxo gastro-esofágico. A disfagia após cirurgia é comum, sendo normalmente transitória e relacionada com o edema pós operatório. Contudo, em 3 a 24% dos casos a disfagia pode persistir e está relacionada com alterações da motilidade ou estenoses do esófago. Apesar de se efetuarem dilatações com balão nestes casos não há muitos estudos que avaliem a sua eficácia. O objetivo deste trabalho é avaliar a eficácia e eventuais complicações da dilatação endoscópica com balão na disfagia pós cirurgia por fundoplicatura.

Material: Estudo (2007-2012) dos doentes previamente submetidos a funduplicatura que posteriormente desenvolveram disfagia, com necessidade de terapêutica endoscópica. Foram analisados os dados endoscópicos, intervalo e número de dilatações, grau de disfagia antes e após dilatação e necessidade de re-intervenção cirúrgica. A disfagia foi avaliada através da escala de Mellow-Pinkas, por inquérito telefónico.

Resultados: Incluíram-se 20 doentes, com uma média etária de 54 ± 13 anos, maioritariamente do sexo feminino (80%). O tempo médio decorrido entre a cirurgia e a primeira dilatação foi de 18 meses (mínimo-1; máximo-84). O número total de dilatações efetuadas por doente foi: quinze doentes-1; um doente-2; quatro doentes- ≥ 3 . O calibre máximo alcançado foi, em média, 16 mm (mínimo-15; máximo-20). Nenhum doente foi re-operado. Previamente à dilatação, 7 doentes apresentavam disfagia para sólidos, 7 para semi-sólidos, 2 para líquidos e 4 disfagia total. Após a dilatação 13 não referiam disfagia, 5 apresentavam disfagia para sólidos e 2 para semi-sólidos. Na apreciação subjetiva do doente, 75% referem melhoria dos sintomas e 25% mantiveram o mesmo grau de disfagia. Não se verificaram complicações imediatas relacionadas com o procedimento.

Conclusões: A dilatação endoscópica com balão nos casos de disfagia pós-funduplicatura é um procedimento seguro e com taxa de sucesso apreciável, representando uma mais-valia no nosso armamentário terapêutico.

6. PRÓTESE EOSFÁGICA BIODEGRADÁVEL, SOLUÇÃO DEFINITIVA?

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

As estenoses esofágicas benignas são causadas por doença péptica, complicação pós-cirúrgica, ingestão cáustica ou radioterapia. A dilatação endoscópica por balão é o tratamento standard. Contudo, a taxa de recidiva ao ano após terapêutica é de cerca de 30%-40%, tornando-se necessárias múltiplas dilatações. Existem, no entanto, outras possibilidades terapêuticas tais como injeção de corticóides, citostáticos, incisão por faca pré-corte ou colocação de próteses biodegradáveis. Descreve-se o caso de uma mulher de 39 anos, submetida a remoção cirúrgica de lesão subepitelial do cárdia. Realizou gastrectomia atípica e jejunostomia de Witzel. A histologia da peça cirúrgica revelou leiomioma. O pós-operatório foi complicado por estenose do esófago terminal, com cerca de 4 cm. Realizaram-se três tentativas de dilatação endoscópica por balão (até aos 15 mm), sem sucesso. Procedeu-se a colocação de prótese biodegradável com cerca de 10 cm de comprimento. A doente ficou assintomática ao fim da primeira semana. Às onze semanas a prótese encontrava-se em fase de reabsorção e já não se observava estenose. As próteses biodegradáveis constituem uma terapêutica alternativa para os doentes recidivantes, uma vez que raramente são necessários mais do que um procedimento endoscópico para a resolução do problema. No caso apresentado, a utilização de prótese biodegradável permitiu o tratamento da estenose refratária a terapêutica anterior, com uma só sessão.

7. ECOENDOSCOPIA NA TERAPÊUTICA DA ACALÁSIA

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

A acalásia é um distúrbio da motilidade esofágica, resultante da perda seletiva dos neurónios inibitórios do plexo mioentérico de

Auerbach com consequente aumento do efeito excitatório dos neurónios colinérgicos. As opções terapêuticas disponíveis incluem a terapêutica medicamentosa, dilatação pneumática, injeção de toxina botulínica (TB) e miotomia de Heller ou endoscópica. Os autores apresentam o caso de uma mulher, de 77 anos, com o diagnóstico de acalásia, com cerca de três anos de evolução. Foi proposta terapêutica cirúrgica - cardiomiectomia de Heller, que a doente recusou. Esteve medicada com nifedipina 10 mg, 3 vezes ao dia, com melhoria parcial mas transitória dos sintomas. Por apresentar agravamento progressivo das queixas, com impacto alimentar frequente e perda ponderal, optou-se por terapêutica com injeção de TB. Foi realizada ecoendoscopia com injeção ecoguiada de TB na camada muscular do esfíncter esofágico inferior. Utilizou-se uma dose total de 100 unidades diluídas em 4 ml de soro fisiológico, injetando-se cerca de 1 ml em cada quadrante. A doente iniciou dieta líquida no dia seguinte, com boa tolerância. Teve alta às 24 horas, assintomática. A injeção de TB constitui a melhor opção para os doentes idosos, com risco anestésico elevado, que recusam tratamento cirúrgico, ou como ponte para posterior terapêutica cirúrgica ou endoscópica. A resposta inicial à TB é de cerca de 70% a 90%. Quando guiada por ecoendoscopia permite a injeção mais precisa na camada muscular. Aguardam-se mais estudos que comprovem o aumento da eficácia da injeção de TB quando guiada por ecoendoscopia.

8. REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO PELA VIA MENOS HABITUAL

A. Oliveira¹, N. Almeida¹, M. Martins², S. Lopes¹, A. Santos¹, T. Correia¹, R. Cardoso¹, F. Portela¹, F. Castro Sousa², C. Sofia¹

¹Serviços de Gastrenterologia; ²Serviços de Cirurgia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A ingestão de corpos estranhos é comum nas crianças e nos adultos com patologia psiquiátrica. Em 80% dos casos não ocorrem complicações mas estas aumentam exponencialmente na presença de objetos pontiagudos. Quando estes percorrem todo o intestino delgado podem ficar encastoados na válvula ileocecal e aí a sua remoção endoscópica é mais problemática. Os autores apresentam o caso de uma doente de 19 anos que recorre ao Serviço de Urgência após ingestão acidental de corpo estranho (alfinete de dama). Não referia antecedentes patológicos de relevo nem medicação habitual. À entrada apresentava-se hemodinamicamente estável, sem queixas, e ao exame objetivo sem nenhuma alteração. Na radiografia do abdómen era possível visualizar-se alfinete de dama aberto no quadrante superior esquerdo. Foi realizada endoscopia digestiva alta, com progressão duodenal profunda, não se tendo identificado o alfinete. A doente foi internada no serviço de Cirurgia para vigilância e manteve-se assintomática mas, ao 5º dia de internamento, as radiografias seriadas do abdómen revelaram que o alfinete se mantinha persistentemente localizado à fossa ilíaca direita. Por suspeição de encravamento do mesmo ao nível da válvula ileocecal, foi realizada colonoscopia total, após preparação retrógrada. Observou-se o alfinete aberto, livre, adjacente à válvula, tendo sido feita prensão da sua extremidade livre, pontiaguda com ansa de polipectomia. Foi então cuidadosamente removido sob visualização direta, confirmando-se imagiologicamente a inexistência posterior de pneumoperitонеu. Este caso clínico, com a respetiva documentação iconográfica, demonstra uma técnica pouco comum para remover um alfinete aberto, a partir de uma localização difícil do trato gastrointestinal.

9. PRÓTESES ESOFÁGICAS COMO MÉTODO PALIATIVO DE DISFAGIA: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

D. Trabulo, C. Martins, S. Ribeiro, J. Mangualde, R. Freire, I. Cremers, A.P. Oliveira

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

Introdução: A colocação de próteses esofágicas é um procedimento amplamente utilizado para melhorar a qualidade de vida e minimizar a disfagia causada por estenoses malignas do esôfago e cárdia. Contudo, pode estar associada a complicações significativas e morbilidade e mortalidade elevadas.

Objetivo: Avaliar taxas de sucesso, complicações e mortalidade da colocação de próteses esofágicas na nossa instituição.

Métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos de doentes que colocaram próteses esofágicas por neoplasia esofágica ou gástrica, entre Outubro de 2008 e Dezembro de 2012. Foram colhidos dados relativos a demografia, diagnóstico, complicações e sobrevida. A Informação foi obtida por consulta dos processos clínicos ou contacto telefónico com familiar.

Resultados: 32 próteses em 25 doentes, 90% do sexo masculino, com média de idades de 62,2 anos (35-81). 60% tinham carcinoma pavimento-celular do esôfago, 20% adenocarcinoma do esôfago e 20% adenocarcinoma gástrico (cárdia). A maioria das neoplasias do esôfago estavam localizadas no terço médio. Foram colocadas 29 próteses metálicas auto-expansíveis e 3 próteses plásticas. As indicações para a colocação da prótese foram: presença de tumores não ressecáveis (82%) ou comorbilidades que contraindicavam a cirurgia (18%). Previamente à colocação das próteses, todos os doentes referiam disfagia. Verificou-se uma melhoria significativa da sintomatologia em 92%. Os doentes tiveram alta hospitalar após uma média de 96 h; 20% dos doentes referiram dor torácica; em 16% ocorreu crescimento tumoral, em 12% fistulização esôfago-traqueal e em 8% migração da prótese. Não se registaram perfurações ou hemorragias graves após o procedimento. A mortalidade aos 7 dias foi de 12% e aos 30 dias foi de 28%. A sobrevida média foi de 83 dias (3-188).

Conclusões: A colocação de próteses esofágicas constitui um método paliativo eficaz da disfagia na nossa série. Trata-se de um procedimento relativamente seguro e bem-tolerado, com uma reduzida duração de internamento, proporcionando uma sobrevida média de cerca de 3 meses.

10. ESOFAGECTOMIA COM INTERPOSIÇÃO SUBCUTÂNEA DE CÔLON

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

Hospital de Braga.

Introdução: A esofagectomia com interposição de segmento íleo-cólico reserva-se para as situações em que não se pode usar o estômago na reconstrução do conduto esofágico. O segmento cólico pode ser colocado em posição retrosternal ou subcutânea.

Material: Os autores apresentam um caso de esofagectomia com interposição subcutânea de cólon.

Resultados: Homem de 65 anos, referenciado ao departamento de endoscopia por disfagia. O doente referia uma cirurgia gástrica há 3 anos num país estrangeiro. A endoscopia digestiva alta revelou uma estenose anastomótica no esôfago superior, franqueável ao endoscópio, observando-se alterações compatíveis com esofagectomia com interposição de segmento íleo-cólico. Durante o exame o doente desenvolveu tumefação no tórax anterior sugestiva de cavidade preenchida com ar, que desaparecia à compressão. Realizou TC torácico que confirmou a posição subcutânea da ansa cólica.

Conclusões: Os autores apresentam uma situação incomum na prática clínica, com documentação iconográfica.

11. PRÓTESES METÁLICAS AUTOEXPANSÍVEIS TOTALMENTE COBERTAS EM ESTENOSES ESOFÁGICAS BENIGNAS REFRACTÁRIAS - UM ESTUDO RETROSPECTIVO

P. Magalhães Costa, A.R. Herculano, I. Chapim, C. Chagas, D. Serra, T. Bana e Costa, L. Matos

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

Recentemente foi aprovada a utilização de próteses metálicas autoexpansíveis totalmente cobertas (PMAETC) no tratamento de estenoses esofágicas benignas refractárias. Relativamente às próteses plásticas autoexpansíveis apresentam maior facilidade de colocação/remoção e maior força de expansão radial.

Objetivo: Avaliar a eficácia e segurança da colocação de próteses metálicas autoexpansíveis totalmente cobertas (PMAETC) em estenoses benignas refractárias do esôfago.

Material e métodos: Estudo retrospectivo desde Janeiro de 2008 até Fevereiro 2013, em que foram seleccionados todos os doentes com estenoses benignas nos quais foram colocadas uma ou mais PMAETC. Previamente, todos foram sujeitos a, pelo menos, 3 sessões de dilatação endoscópica, sem melhoria sintomática. Foram excluídos doentes com próteses de outros tipos (PPAE, biodegradáveis).

Resultados: Identificaram-se 8 doentes com estenoses esofágicas benignas refractárias nos quais foram colocadas 19 PMAETC, obtendo-se uma média de 2,4 próteses por doente. Maioria do sexo masculino (n = 7; 77,8%) com média de idades de 61 anos. Verificaram-se 2 casos de estenose pós-radioterapia, 1 estenose cáustica, 1 estenose péptica, 3 casos pós-cirúrgicos (2 após esofagectomia por Síndrome de Boerhaave, 1 após funduplicatura de Nissen). Foram colocadas 11 Wallflex® Boston Scientific, 5 Hnarostent® M.I. Tech, 3 Niti-S® Taewoong Medical. O diâmetro do corpo das próteses variou entre 18 e 23mm. Num doente (estenose pós-cirurgia antirefluxo - funduplicatura de Nissen), previamente à colocação da PMAETC, foram colocadas, por ordem cronológica, 1 prótese biodegradável, 3 Polyflex® Boston Scientific e 1 PMAE parcialmente coberta, sem sucesso. O sucesso técnico imediato na colocação das próteses foi obtido em 15 dos 19 casos (79%), tendo-se observado a migração intra-procedimento em 4 casos (21%). No *follow-up* à 1ª semana verificou-se que 5 (26%) próteses haviam migrado, 11 (58%) delas mantiveram-se *in situ* e patentes, sem complicações, até ao 1º mês, altura em que foram removidas, todas com sucesso. Em 3 (16%) casos foi observada oclusão da prótese (re-estenose) por hiperplasia tecidual a montante ou a jusante da prótese. Concluiu-se ter havido melhoria com a colocação da prótese em 5 dos 8 casos (62,5%). Dos casos de insucesso, 1 foi submetido a cirurgia para resolução de estenose cáustica, noutro caso (estenose pós-radioterapia) optou-se pela colocação de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) e noutro caso (estenose após funduplicatura de Nissen) retomaram-se as sessões de dilatação endoscópica, com menor frequência, encontrando-se neste momento sem estenose. Todos os casos de migração de prótese foram resolvidos endoscopicamente.

Conclusões: a aplicação de PMAETC é uma alternativa válida no tratamento de doentes com estenoses esofágicas benignas refractárias, no entanto, a eficácia clínica é moderada e apresenta elevadas taxas de migração espontânea.

12. FRATURA ESPONTÂNEA DE PRÓTESES ENDOSCÓPICAS ESOFÁGICAS E ENTÉRICAS - COMPLICAÇÃO RARA

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

A colocação de próteses endoscópicas é a terapêutica de escolha na palição de obstruções malignas, quer esofágicas quer gastro-duodenais. As próteses auto-expansíveis estão associadas a uma baixa taxa de complicações. Os autores apresentam uma série de dois casos clínicos: 1. Homem, 59 anos, carcinoma epidermóide do esôfago distal com envolvimento ganglionar cervical. Colocada prótese esofágica auto-expansível Hanarostent parcialmente recoberta por disfagia grau IV, com melhoria da sintomatologia. Submetido a quimio-radioterapia, apresenta recorrência de disfagia 9 meses depois, observando-se à endoscopia crescimento tumoral nos bordos proximal e distal da prótese. Procedeu-se à dilatação com velas Savary e colocação de próteses cobertas nas porções proximal e distal. Um ano depois, apresentou sintomas obstrutivos com enfartamento pós-prandial e vômitos de estase. À endoscopia, prótese esofágica transponível, com conteúdo de estase na cavidade gástrica, observando-se fragmento da porção distal da prótese impactado no bulbo duodenal (a condicionar sintomas obstrutivos). Removido fragmento com ansa, sem intercorrências. 2. Homem, 67 anos, neoplasia extensa do antro gástrico, com estenose pilórica. Colocada prótese entérica paliativa, não-coberta Hanarostent. Após 2 meses de quimioterapia neoadjuvante, inicia queixas de regurgitação e vômitos alimentares. À endoscopia observa-se extremidade proximal da prótese metálica no antro; progredindo-se no seu interior constata-se fratura no seu terço distal, onde se verifica acentuada angulação e congestão da mucosa (em provável relação com a sintomatologia de estase). Removidos os dois fragmentos da prótese fracturada, verificando-se agora passagem fácil pela neoplasia. A recorrência de sintomas obstrutivos deve-se mais frequentemente a oclusão da prótese, por crescimento tumoral no interior ou nas margens da prótese. A fratura da prótese é uma complicação rara, que pode igualmente condicionar sintomatologia obstrutiva e deve ser considerada no diagnóstico diferencial. Os autores apresentam uma complicação rara das próteses endoscópicas, em duas localizações diferentes. Em ambas foi removida endoscopicamente, sem complicações. Apresenta-se iconografia em imagem e vídeo.

13. PRÓTESE METÁLICA PARCIALMENTE COBERTA EM DEISCÊNCIAS DE ANASTOMOSE APÓS GASTRECTOMIA TOTAL - SERÁ O CAMINHO A SEGUIR?

D. Branquinho¹, D. Gomes¹, M. Nobre², A. Costa², P. Coito², A. Curado³

¹Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Oeste Norte. ³Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar do Oeste Norte.

Descrição: A gastrectomia total por neoplasia gástrica tem uma taxa de complicações importante, sendo a deiscência anastomótica uma das mais temidas e frequentes. A reintervenção nestes casos comporta dificuldades técnicas e uma morbilidade e mortalidade significativa. Os autores apresentam dois casos de colocação de prótese metálica auto-expansível Hanarostent ETW® em deiscência de anastomose após gastrectomia total.

Casos clínicos: Caso 1: doente do sexo feminino, de 73 anos, submetida a gastrectomia total com montagem em Y Roux. Verificou-se a deiscência da face postero-lateral direita da anastomose esôfago-jejunal e da jejuno-jejunostomia quatro dias depois. O doente foi novamente intervencionado para confecção

de novas anastomoses. No entanto, verificou-se, através de estudo contrastado, que se mantinha patente a deiscência esôfago-jejunal. Foi por esse motivo colocada prótese, cuja remoção após 3 semanas decorreu sem complicações, constatando-se o encerramento da deiscência, com boa evolução clínica. Caso 2: doente do sexo masculino, de 73 anos, submetido a gastrectomia total em Y Roux. Verificou-se o surgimento de fístula da anastomose jejuno-jejunal e da face antero-lateral direita da esôfago-jejunostomia, tendo-se optado por nova intervenção para rafia das deiscências. Cerca de 14 dias após a reintervenção, por ainda haver evidência das fístulas, colocou-se prótese metálica auto-expansível.

Justificação: Apesar de ainda haver uma pequena casuística, a colocação de prótese metálica auto-expansível em fístulas anastomóticas tem-se revelado uma alternativa a nova cirurgia, evitando-se a morbilidade e mortalidade que esta acarreta em doentes já debilitados. A prótese pode ser removida de forma segura por via endoscópica.

14. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA APÓS SLEEVE GÁSTRICO - DE INSUCESSO EM INSUCESSO ATÉ AO SUCESSO FINAL

D. Branquinho¹, D. Gomes¹, A. Fernandes¹, N. Almeida¹, P. Amaro¹, A. Milheiro², C. Sofia¹

¹Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Serviço de Cirurgia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Descrição: Doente do sexo feminino, de 36 anos, com IMC 41 Kg/m², submetida a *sleeve* gástrico sem complicações imediatas. Posteriormente, 19 dias depois da cirurgia, a doente desenvolveu quadro de dor abdominal e febre, tendo sido diagnosticada fístula e abscesso intra-abdominal adjacente à anastomose. Foi realizada laparotomia exploradora para desbridamento e lavagem. Por manter deiscência da anastomose, optou-se pela colocação de prótese metálica auto-expansível apropriada (Hanarostent Esophagus Bariatric Surgery®), que decorreu sem complicações. Após 3 semanas, a doente foi internada para extracção da prótese, tendo-se verificado que esta se encontrava em posição correcta, mas fracturada na sua porção gástrica. Como ainda havia sinais de deiscência, optou-se por colocar *clip* OTSC®. Realizado trânsito contrastado que mostrou patência da fístula, mas com menor calibre. Cerca de 4 semanas depois, foi realizado novo trânsito e endoscopia de revisão que revelou encerramento definitivo da fístula, encontrando-se a doente assintomática.

Justificação: O *sleeve* gástrico é uma das cirurgias bariátricas mais utilizadas dado ser considerado um método seguro. No entanto, a deiscência da anastomose ocorre em 0,7-20% dos casos. Esta é uma complicação grave, sendo que a reintervenção cirúrgica é tecnicamente complexa neste contexto. Assim, a combinação das duas técnicas-prótese e *clip*-contribui para o encerramento da fístula, podendo em doentes seleccionados ser uma alternativa segura e eficaz.

15. QUISTO DE DUPLICAÇÃO GÁSTRICO - UMA ENTIDADE MUITO RARA, DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

As duplicações gastrointestinais são entidades raras, que podem ocorrer em qualquer local do tracto gastrointestinal, sendo mais frequentes no íleo e no sexo feminino. As duplicações gástricas são

as mais raras do tubo digestivo. Definem-se como uma estrutura esférica recoberta por músculo liso e revestida por uma membrana mucosa, adjacente ao trato gastrointestinal. Estão descritos mais frequentemente em idades pediátricas, sendo o seu diagnóstico em idade adulta é extremamente raro. Nos adultos, existem casos descritos de transformação maligna. Os autores propõem-se apresentar o caso incomum de um homem, de 23 anos de idade, com antecedentes conhecidos de úlcera duodenal e antecedentes familiares de cancro gástrico em familiar de primeiro grau (pai). Efectua ecografia abdominal por queixas álgicas abdominais onde se observou lesão hipocogénica com cerca de 57 x 51 mm localizada lateralmente ao estômago. Neste contexto, efectua ressonância magnética que revela lesão fluida com cerca de 5,4 cm de maior diâmetro adjacente à parede gástrica. Referenciado à consulta de Gastrenterologia, procedeu-se à realização de ecoendoscopia observando-se formação quística com 48 x 33 mm, adjacente à parede do fundo gástrico, de conteúdo ecogénico e heterogénico, com septação, sem vegetações intra-quísticas-aspetos compatíveis com quisto de duplicação gástrico subseroso. Pelo risco descrito de transformação maligna, o foi referenciado à Consulta Externa de Cirurgia Geral, e aguarda intervenção cirúrgica. Os autores apresentam este caso clínico e respectiva iconografia pela raridade desta patologia, poucas vezes descrita na literatura. Salienta-se a importância da ecoendoscopia no diagnóstico desta lesão.

16. TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA PÓS-“SLEEVE” GÁSTRICO COM UMA NOVA PRÓTESE AUTO-EXPANSÍVEL DESENVOLVIDA PARA ESTA COMPLICAÇÃO

T. Pinto-Pais¹, R. Pinho¹, L. Proença¹, C. Fernandes¹, I. Ribeiro¹, M. Mendes², J. Fraga¹

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

²Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

O “gastric sleeve” é uma técnica cirúrgica recente para o tratamento da obesidade mórbida. A deiscência anastomótica é a complicação mais grave. Neste contexto, o tratamento endoscópico com próteses auto-expansíveis tem ganho popularidade, mas os dados sobre a sua eficácia resumem-se a poucos relatos de casos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher, 36 anos, submetida a “Gastric Sleeve” por obesidade mórbida, complicada por fistula gástrica ao 5º dia pós-operatório, com necessidade de re-intervenção com exclusão esofágica temporária. Nove meses depois, apresenta quadro de tosse, febre e astenia diagnosticando-se abscesso subfrénico esquerdo, que foi drenado percutâneamente. Observou-se endoscopicamente orifício fistuloso comunicando para o abscesso, imediatamente proximal à linha de agramos da exclusão esofágica prévia, com cerca de 3 mm. O tratamento com prótese esofágica coberta (HanaRoStent 110 mm), não foi eficaz por migração distal recorrente. Optou-se então por encerrar a fistula com clip “over the scope” - OTSC - Ovesco. Cerca de duas semanas depois verificou-se deiscência com cerca de 12 mm imediatamente distal à linha de agramos da exclusão esofágica prévia. Optou-se por colocar uma nova prótese esofágica de maior calibre e comprimento, desenvolvida especificamente para esta complicação (HanaRoStent-Esophagus Bariatric Surgery, H-EBS 240 x 30 mm). Reavaliada seis semanas depois, constatando-se orifício fistuloso com menores dimensões (5mm) pelo que se colocou nova prótese H-EBS 210 mm. Na remoção programada da prótese, seis semanas depois, verifica-se encerramento da deiscência e ausência inesperada da prótese. Após localização fluoroscópica, realizou-se imediatamente enteroscopia de mono-balão para remoção da prótese, que tinha migrado para o jejuno médio/distal. Posteriormente, apresentou boa evolução clínica mantendo-se atualmente assintomática.

Discussão: A prótese desenvolvida para esta complicação, dado o seu maior calibre e comprimento, poderá aumentar a eficácia do

tratamento endoscópico das deiscências pós-“sleeve”. Apesar das suas características, continuou a verificar-se migração da mesma. O encerramento da deiscência foi, no entanto, eficaz. Apresenta-se iconografia demonstrativa.

17. TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULAS NO TRATO DIGESTIVO SUPERIOR

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

Hospital de Braga.

Introdução: As fístulas e/ou deiscências do trato digestivo superior, tradicionalmente associadas a morbimortalidade importante e cirurgias correctivas major, têm sido nos últimos anos tratadas de modo conservador pela combinação de várias técnicas endoscópicas.

Objetivo: Análise retrospectiva dos casos de fístulas/deiscências esófago-gástricas tratadas no nosso serviço entre 2007 e 2013.

Resultados: Foram tratados 17 doentes (9 ♀ / 8 ♂, idade média 53,5 ± 18 anos). A etiologia das fístulas foi: deiscência de anastomose esófago-jejunal (neoplasia gástrica) em 4 doentes, deiscência de anastomose esófago-gástrica (neoplasia esofágica) em 2 doentes, deiscência de anastomose esofago-cólica (esofagectomia por complicação de corpo estranho) em 1 doente, complicação de sleeve gástrico em 9 doentes e fistula esófago-brônquica idiopática em 1 doente. A taxa de sucesso foi de 70% (12/17). Em 9 casos (53%) foi realizada terapêutica endoscópica com técnica única: cola de fibrina (5) ou prótese recoberta (3), tendo-se verificado sucesso terapêutico em 66% (6/9) dos casos e registando-se duas complicações (migração de prótese). O uso sequencial de técnicas terapêuticas foi realizado em 8 doentes (47%). Em 4 casos foram colocados OTSCs e posteriormente cola biológica. Em 1 caso, colocou-se OTSC e posteriormente introduziu-se prótese recoberta. Em 1 caso, após inserção de prótese recoberta, foi realizado tratamento com cola biológica. Em 1 outro caso, após introdução de prótese recoberta (migrada) foi colocado OTSC. No último caso, após 3 sessões de cola biológica, foi colocado um OTSC. Foi considerado sucesso terapêutica em 75% (6/8) dos casos. Nos 5 insucessos terapêuticos, 2 doentes faleceram por caquexia e 3 doentes foram reintervencionados sem complicações.

Conclusões: Esta série (apesar de pequena) revela uma elevada taxa de sucesso do tratamento endoscópico e uma baixa taxa de complicações, demonstrando a necessidade da combinação de técnicas em 50% dos casos. A deiscência pós-sleeve revelou-se mais desafiante obrigando ao recurso a diferentes técnicas subsequentes.

18. MIGRAÇÃO DE PRÓTESE VASCULAR PARA O DUODENO: COMPLICAÇÃO RARA DE CIRURGIA VASCULAR

P. Salgueiro, R. Marcos-Pinto, A. Rodrigues, I. Pedrito

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Homem, 22 anos, recorre ao SU com clínica de dor no flanco direito, febre e melenas com 2 dias de evolução. Tinha antecedentes de cirurgia abdominal há 4 anos para ressecção de paraganglioma retroperitoneal com invasão da veia cava, a qual foi reconstruída com colocação de prótese vascular. À admissão encontra-se hemodinamicamente estável, subfebril, com dor à palpação abdominal profunda do epigastro. Toque rectal com fezes tipo melenas no dedo de luva. Analiticamente: Hemoglobina 9,1 g/dL, proteína C reactiva 3xN, sem outras alterações de relevo. Efectuou tomografia computadorizada abdominal que revelou: mas-

sa hipervascular (21 x 14 mm) abaixo do hilo renal esquerdo compatível com recidiva de paraganglioma e estrutura de conteúdo hipodenso, comgás correspondendo à topografia da prótese na veia cava inferior sugerindo a presença de complicação infecciosa; veia cava inferior infra-renal trombada com circulação colateral através das veias paravertebrais. Foi requisitada endoscopia digestiva alta que revelou, ao nível de D3, corpo estranho aderente à parede duodenal, não mobilizável, com mucosa subjacente ulcerada. O doente foi submetido a laparotomia constatando-se: na parede posterior de D2, extensa úlcera com prótese vascular completamente deslocada e inserida no interior do lúmen duodenal; ambos os topos da veia cava inferior (anteriormente unidos pela prótese vascular) encontram-se encerrados por extensa fibrose retroperitoneal; efetuada remoção de prótese do lúmen duodenal, sutura da parede duodenal ulcerada e exérese de paraganglioma recidivante. Dois anos após a cirurgia o doente encontra-se assintomático, sem evidência de recidiva tumoral. A migração de próteses vasculares para o tubo digestivo é uma complicação rara de cirurgia vascular com apenas alguns casos descritos na literatura. O duodeno, por motivos anatómicos, é o segmento mais comumente envolvido. Quando os exames de imagem não são conclusivos a endoscopia poderá ser necessária, como aconteceu no caso apresentado, para confirmar o diagnóstico.

19. SÍNDROME DA PINÇA MESENTÉRICA SUPERIOR

S. Pires¹, N. Veloso¹, J. Dinis Silva¹, L. Gonçalves¹, R. Godinho¹, C. Viveiros¹, J. Cunha², A. Martins², I. Medeiros¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Cirurgia Geral, Hospital do Espírito Santo de Évora EPE.

Descrição: Mulher de 20 anos observada em Consulta de Gastreenterologia após episódio de urgência por quadro de desconforto abdominal epigástrico e vômitos de estase, que referiu ser recorrente e episódico desde os 10 anos; negou outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo: longilínea, IMC 18,9 kg/m², mucosas coradas, anictérica, abdómen plano, indolor, sem massas ou organomegalias. Sem doenças conhecidas, cirurgias prévias, consumo de álcool, tabaco ou drogas. Nos antecedentes familiares destacava-se: mãe submetida a cirurgia por síndrome da artéria mesentérica superior aos 20 anos. Era portadora de exames complementares, dos quais se salientavam: endoscopia digestiva alta com esofagite de estase, estômago dilatado com conteúdo de estase e bulbo deformado e muito dilatado; trânsito gastroduodenal com estômago hipotónico e acumulação de contraste em bolsa de 100 mm correspondente ao duodeno. Foi então requisitada RM abdominal que revelou: dilatação do estômago e arco duodenal até à transição 3^a-4^a porção, onde se encontra redução do seu calibre pela topografia posterior à artéria mesentérica superior. Perante o diagnóstico de síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS), a doente foi encaminhada para Cirurgia e submetida a duodenojejunoestomia.

Discussão: A SAMS é uma causa rara de obstrução intestinal proximal, em que a diminuição do ângulo entre a artéria mesentérica superior e a aorta causa compressão da 3^a porção do duodeno. Ocorre habitualmente após perda acentuada de peso, mas pode também ser uma alteração anatómica congénita. Existem poucos casos descritos de associação familiar, mas estes levantam a hipótese de poder haver uma predisposição genética. O diagnóstico é feito habitualmente com recurso a estudos imagiológicos contrastados do tubo digestivo, mas exige um elevado grau de suspeição. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. O interesse deste caso prende-se com o facto de ser uma patologia rara, principalmente em associação familiar.

20. INVAGINAÇÃO CÓLICA POR LINFOMA DE BURKITT NO ADULTO - FORMA DE APRESENTAÇÃO RARA

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

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

Os autores apresentam um caso duma mulher, 21 anos, sem antecedentes relevantes, que recorre a consulta de Gastreenterologia por quadro de dor abdominal epigástrica, tipo cólica com cerca de 1 mês de evolução e com agravamento progressivo. Em ecografia abdominal prévia referida tumefação com cerca de 8cm no mesogastro. Internada para orientação e investigação do quadro clínico. Analiticamente com anemia; TC abdominal revelava imagem sugestiva de invaginação colo-cólica, com segmento de cólon ascendente, gordura e vasos mesentéricos (intussusceptum) interiorizado no lúmen do cólon transversal (intussusciens). Ao nível da invaginação identificava-se imagem vagamente nodular, com densidade de tecidos moles, medindo cerca de 4cm. Neste contexto realizou colonoscopia total que mostrou no cego, adjacente a válvula, massa pseudopolipoide, volumosa, congestiva, ulcerada e com coágulo aderente - histologia compatível com processo linfoproliferativo, sem especificação; tem alta clinicamente assintomática. Cerca de 10 dias depois recorre ao serviço de urgência por queixas algícas abdominais; Ecografia abdominal revelava recidiva de invaginação, aparentemente íleo-cólica, e densificação da gordura mesentérica; Realizou colonoscopia total com desinvaginação e consequente melhoria sintomática; submetida a abordagem cirúrgica com hemicolectomia direita que decorreu sem intercorrências; alta hospitalar clinicamente bem; Peça operatória compatível com Linfoma de Burkitt sendo referenciada para hematoncologia para seguimento e tratamento. A invaginação cólica é uma condição excecional no adulto. O linfoma de Burkitt é uma condição igualmente rara, correspondendo a cerca de 2% de todas as neoplasias hematológicas. Pontualmente o linfoma de Burkitt pode manifestar-se por invaginação intestinal. A abordagem endoscópica e a atempada intervenção cirúrgica são fundamentais para uma adequada orientação destes casos. Os autores apresentam iconografia sob a forma de imagem.

21. RETIRADO A PEDIDO DO AUTOR

22. QUANDO OS STENTS SÃO INIMIGOS DO GASTREENTEROLOGISTA: UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE Leiria.

As fistulas arterio-esofágicas podem ocorrer na presença de aneurismas/malformações vasculares, cirurgias vasculares prévias ou corpos estranhos, esofágicos ou endovasculares. São situações de carácter emergente pela sua gravidade e mortalidade. O diagnóstico e intervenção precoces são fundamentais. A intervenção cirúrgica acarreta elevada mortalidade, pelo que a modalidade preferencial é a reparação endovascular. Os autores apresentam uma doente de 73 anos, sexo feminino com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e fibrilhação auricular crónica, internada por acidente vascular cerebral. No estudo complementar, foi detectada estenose da artéria carótida interna esquerda (57%) em eco-doppler confirmada com angiografia por

tomografia computadorizada (Angio-TC) e que motivou a realização de angiografia carotídea. Duas semanas depois da angiografia, foi admitida por quadro de prostração, e na suspeita de tromboembolia pulmonar, realizou Angio-TC que revelou pseudo-aneurisma da artéria subclávia esquerda com extravasão, compatível com hemorragia, em relação com iatrogenia. Foi contactada Cirurgia Vascular, que intervencionou a doente com colocação de *stent* vascular e embolização com *coils*, com resolução do quadro. Um mês depois, a doente foi transportada ao serviço de urgência com quadro de hematemese. Encontrava-se hipotensa, com drenagem hemática na sonda naso-gástrica. Análises com Hb 8,6 g/dL. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou: abaulamento erosionado no esófago proximal, sem hemorragia activa. Dados os antecedentes cirúrgicos, foi colocada a possibilidade de fístula vascular com sede na prótese endovascular. A doente foi de novo intervencionada pela Cirurgia Vascular, com evolução favorável. Dois meses depois, novo quadro de hemorragia digestiva alta, com repercussão hemodinâmica, com Hb. de 6,4 g/dL. Após estabilização, foi realizada EDA que revelou, imediatamente abaixo do cricofaríngeo, volumoso coágulo aderente a estrutura metálica, compatível com recidiva da fístula vascular. A doente foi intervencionada pela Cirurgia Vascular, no entanto sem sucesso, com evolução fatal. Os autores destacam a iconografia endoscópica rara do caso apresentado.

23. RELAÇÃO ENTRE INFECÇÃO POR *HELICOBACTER PYLORI* E OBESIDADE: MITO OU REALIDADE?

S. Giestas¹, D. Marado², A. Coelho², C. Agostinho¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia, ²Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A grelina e leptina são dois péptidos endógenos que desempenham um papel preponderante na homeostasia energética. Embora o estômago seja o principal local de síntese da grelina, contribuindo também na regulação dos níveis plasmáticos de leptina, existe controvérsia sobre a influência da infecção por *Helicobacter pylori* (Hp) na função e sobrevivência das células produtoras de grelina e consequentemente nos níveis séricos destas hormonas.

Objetivo: Determinar se a presença de colonização pelo Hp afeta os níveis plasmáticos de grelina e leptina em doentes obesos.

Doentes e métodos: Incluídos, prospectivamente, 92 obesos candidatos a cirurgia bariátrica que realizaram biópsias para pesquisa de Hp durante a endoscopia digestiva alta prévia à intervenção cirúrgica. Baseado nos achados histológicos categorizaram-se os doentes em Hp+ e Hp-. Os níveis séricos de grelina e leptina foram determinados por radioimunoensaio após 12h de jejum noturno.

Resultados: Dos 92 obesos incluídos, 54 eram Hp+ e 38 Hp-. Os níveis séricos de grelina foram significativamente mais baixos nos doentes Hp+ (3,1 vs 5,42 ng/dL; $p < 0,05$), sobretudo naqueles com achados histológicos de gastrite crónica e atrofica verificando-se uma correlação inversa significativa entre a concentração de grelina e a severidade dos achados histológicos descritos. Contudo, os níveis de leptina foram similares nos dois grupos (27,4 $\pm$ 10,6 vs 26,9 $\pm$ 9,9 ng/dL; $p > 0,05$) e não foram encontradas diferenças significativas relacionadas com o grau de alterações inflamatórias da mucosa.

Conclusões: Nesta amostra verificou-se níveis séricos de grelina significativamente mais baixos nos obesos Hp+ correlacionada sobretudo com a severidade dos achados histológicos. Estes resultados levantam a hipótese de que a ausência de infeção por Hp pode aumentar o risco de desenvolvimento de obesidade. É interessante

notar que nos países desenvolvidos em que a incidência da obesidade está a aumentar exponencialmente, a prevalência do Hp está a diminuir.

24. LINFOMA MALT PRIMÁRIO DUODENAL

A. Albuquerque, H. Cardoso, S. Rodrigues, S. Lopes, M. Marques, G. Macedo

Serviço Gastrenterologia do Centro Hospitalar S. João, Porto.

Mulher de 60 anos, referenciada para endoscopia digestiva alta (EDA) por pirose. A EDA revelou na face anterior bolbo múltiplas formações polipóides sesséis 3-6 mm. As biópsias foram compatíveis com o diagnóstico de linfoma MALT duodenal, com biópsias para *Helicobacter pylori* negativas. Foi realizada enteroscopia por cápsula para avaliação do delgado, que mostrou mucosa duodenal proximal com lesões sesséis que envolviam 1/3 da circunferência do lúmen, sem lesões no jejuno ou íleo. A Ecoendoscopia foi compatível com atingimento da mucosa e não revelou invasão das camadas profundas. A biópsia da medula óssea e a TAC não mostraram alterações. A maioria dos linfomas MALT tem origem gástrica, sendo que menos de 30% tem origem no delgado. O linfoma MALT duodenal é uma neoplasia muito rara, com poucos casos descritos na literatura. O papel do *Helicobacter pylori* na sua etiologia não está esclarecido.

25. ERRADICAÇÃO DO *HELICOBACTER PYLORI* E OS NÍVEIS SÉRICOS DE GRELINA E LEPTINA: EXISTE UMA LIGAÇÃO?

S. Giestas¹, D. Marado², A. Coelho², C. Agostinho¹, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A obesidade é um problema de saúde pública em ascensão nos países industrializados. Estudos recentes sugerem que a colonização do estômago por *Helicobacter pylori* (Hp) pode afetar a síntese gástrica de hormonas relacionadas com a homeostasia energética. Alguns estudos tem demonstrado que a erradicação do Hp aumenta significativamente o índice de massa corporal (IMC) devido a elevação dos níveis plasmáticos de grelina e uma redução dos níveis de leptina. Porém a relação entre a erradicação do Hp e a obesidade é ainda controversa.

Objetivo: Avaliar o efeito da erradicação do Hp nos níveis plasmáticos de grelina e leptina e na composição corporal.

Doentes e métodos: Incluídos, prospectivamente, 89 obesos colonizados com Hp (realizada biópsia gástrica para pesquisa de Hp) submetidos com sucesso a terapia tripla de erradicação (amoxicilina 1 g/2i.d., claritromicina 500 mg/2i.d., omeprazol 20 mg/2 i.d durante 14 dias). A erradicação foi determinada por teste respiratório de urease 34 $\pm$ 5, 4 dias após completar esquema terapêutico. A bioimpedância e os níveis plasmáticos de leptina e grelina (avaliados por radioimunoensaio após 12h de jejum noturno) foram determinados antes e 3 meses após a erradicação.

Resultados: Os níveis séricos de grelina aumentaram significativamente 3 meses após erradicação do Hp (3,1 $\pm$ 1,3 vs 4,9 $\pm$ 1,7 ng/dL; $p < 0,05$). Contudo, os níveis de leptina não diminuíram significativamente após a erradicação (34,4 $\pm$ 17,1 vs 33,6 $\pm$ 14,2 ng/dL; $p > 0,05$). O IMC não aumentou significativamente após a erradicação do Hp (43,8 $\pm$ 4,3 vs 44,1 $\pm$ 4,6 Kg/m²; $p > 0,05$), mas verificou-se um aumento significativo na massa gorda e percentagem de massa gorda (37,6 $\pm$ 6,2 vs 41,3 $\pm$ 7,9 Kg; 43,9 $\pm$ 2,7 vs 47,3 $\pm$ 4,7%, respectivamente; $p < 0,05$).

Conclusões: Nesta amostra verificou-se que a erradicação do Hp está associada a um aumento significativo da massa gorda presumivelmente devido à elevação dos níveis plasmáticos de

grelina. Os resultados deste trabalho parecem evidenciar que o Hp desempenha um papel na regulação da homeostasia energética.

26. AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS ANATOMO-CLÍNICAS E PRESENÇA DE *HELICOBACTER PYLORI* EM PÓLIPOS FIBRÓIDES INFLAMATÓRIOS GÁSTRICOS

A. Albuquerque, E. Rios, F. Carneiro, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia e Anatomia Patológica do Centro Hospitalar S. João, Porto.

Introdução: os pólipos fibróides inflamatórios (PFI) são lesões mesenquimatosas raras. A maior parte das publicações consistem na descrição de casos clínicos e o papel da infecção por *Helicobacter pylori* na mucosa dos PFI gástricos não está estabelecida.

Objetivo: Avaliação das características clínicas, alterações histológicas da mucosa e presença de *Helicobacter pylori* nos PFI gástricos.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu a reavaliação de todos os PFI gástricos diagnosticados no nosso Hospital de 1998-2012. Foi feita observação das lâminas com coloração hematoxilina-eosina e coloração Giemsa para avaliação da presença de *Helicobacter pylori*. Foi realizado estudo imunocitoquímico, em casos de interpretação duvidosa sobre a presença deste microorganismo.

Resultados: Foi confirmado o diagnóstico de PFI em 54 pólipos, correspondendo a 53 doentes. Cerca de 85% eram em mulheres, com uma idade média de 63 ± 11 anos. Em 15% dos doentes havia também pólipos hiperplásicos gástricos, localizados sobretudo no fundo. No total, 74% dos PFI gástricos eram sésseis, com um tamanho médio de 15 ± 12 mm e 96% estavam localizados no antro, sobretudo na face anterior (31%). Foram removidos com ansa 85% dos pólipos, 7% por dissecação da submucosa e 6% por cirurgia. Estas lesões localizavam-se tipicamente na submucosa com extensão à mucosa em 96% dos casos. Foi identificada a presença de *Helicobacter pylori* em 39% ($n = 21$) dos casos. Em nenhum caso havia terapêutica de erradicação prévia. Em 48% e 11% dos casos havia, respectivamente erosão e ulceração da mucosa. A mucosa do pólipo apresentava gastrite em todos os casos observados, com actividade em 63%, metaplasia intestinal em 31% e hiperplasia em 61%. Em nenhum caso foi descrita displasia ou malignidade.

Conclusões: A nossa série constitui a segunda maior série de PFI gástricos descrita. Os PFI gástricos ocorrem mais em mulheres, são normalmente sésseis, localizados no antro, sobretudo na face anterior e acessíveis, na maioria dos casos, à remoção com ansa. Estas lesões tipicamente submucosas têm extensão à mucosa e, na nossa série, identificou-se a presença de *Helicobacter pylori* em 39% dos pólipos.

27. A PREVALÊNCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* E A SUA RELAÇÃO COM ALTERAÇÕES DA MUCOSA GÁSTRICA NUMA POPULAÇÃO COM DISPEPSIA

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

Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal.

Introdução: Os sintomas dispépticos atingem 40% da população, todavia a sua relação com a presença de *Helicobacter* na mucosa gástrica não foi ainda totalmente esclarecida.

Objetivo: Avaliar a relação entre a infecção por *Helicobacter pylori* e inflamação e alterações histológicas gástricas em doentes dispépticos.

Material: Estudo retrospectivo com inclusão de 199 doentes submetidos consecutivamente a endoscopia digestiva alta por dispepsia entre Janeiro - Dezembro/ 2012 e nos quais foram obtidas biópsias gástricas (corpo, antro). Critérios de exclusão: cirurgias gástricas ou endoscopias prévias, medicação com inibidores da bomba de protões ou antibióticos nos 30 dias prévios ao exame. Na histologia foram objectivadas: presença de *Helicobacter pylori*, gastrite, metaplasia e displasia. A inflamação gástrica foi quantificada de acordo com o Sistema de Sidney actualizado, entre 0 e 4. A análise estatística foi efectuada através do programa SPSS 17.0.

Resultados: A idade variou entre 15 e 87 anos (média = 52), 49% eram mulheres. A infecção por *Helicobacter pylori* foi significativamente mais elevada na faixa etária inferior aos 40 anos (75% vs 44%, $p < 0,0001$). A lesão mais frequentemente observada na histologia foi a gastrite crónica superficial (52% dos doentes); destes, 76% estavam infectados por *Helicobacter pylori*. A actividade inflamatória mostrou uma correlação significativa com a presença de *Helicobacter pylori* na biópsia gástrica - a bactéria estava presente em apenas 26% dos doentes sem inflamação, mas em 86% e 100% dos doentes com inflamação de grau 3 e grau 4, respectivamente ($p < ,0001$). A prevalência de *Helicobacter pylori* foi de 45% na gastrite crónica atrofica, 38% na metaplasia, e 25% na displasia.

Conclusões: A presença de *Helicobacter pylori* foi observada mais frequentemente na gastrite superficial e correlacionada significativamente com graus mais severos de inflamação da mucosa. A prevalência de *Helicobacter pylori* foi significativamente mais elevada nos doentes mais jovens com queixas de dispepsia.

28. VARIZES “DOWNHILL”

M. Costa, P. Russo, T. Capela, D. Carvalho, M.J. Silva, M. Mendes

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Descrição do caso: Mulher de 77 anos, com história de hipertensão arterial e dislipidemia, que recorre ao Serviço de Urgência por dispneia, tosse e febre, edema e eritema do membro superior direito. Realizou angiotomografia computadorizada que mostrou trombose quase total da veia cava superior (VCS) e trombose parcial da veia azygos, trombose total do tronco venoso braquiocéfálico direito e veias subclávia, jugular interna e externa direitas e sinais de tromboembolismo pulmonar bilateral, tendo sido medicada com enoxaparina em dose terapêutica. No decurso da investigação etiológica realizou endoscopia digestiva alta (EDA) para exclusão de neoplasia do trato gastrointestinal superior. A EDA mostrou, no esófago superior, varizes pequenas, sem manchas vermelhas, que colapsavam parcialmente com a insuflação. Esófago médio e distal, estômago e duodeno sem alterações.

Posteriormente a citologia aspirativa ecoguiada da tiróide veio a fazer o diagnóstico de carcinoma anaplásico. Fez radioterapia mas a evolução clínica foi desfavorável acabando por morrer um mês depois.

Motivação: As varizes do esófago superior ou varizes “downhill” foram primariamente descritas por Felson e Lessure em 1964. A hemorragia digestiva alta é a apresentação clínica mais comum. Estas varizes são encontradas em doentes sem hipertensão portal e estão usualmente associadas a obstrução da VCS. Atualmente as neoplasias são a causa mais comum mas os casos de trombose da VCS têm vindo a aumentar devido à maior utilização de dispositivos intravasculares, elevando o risco de formação de varizes “downhill”. Apresenta-se o caso para despertar os gastrenterologistas

para este tipo de varizes e para a sua importância no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva alta.

29. TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE VARIZES ESOFAGOGÁSTRICAS-IMPACTO NA SOBREVIVÊNCIA

H. Cardoso, R. Morais, A. Albuquerque, F. Vilas-Boas, S. Rodrigues, M. Velosa, A. Ribeiro, M. Marques, R. Gonçalves, G. Macedo

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

A hemorragia por rotura de varizes esofagogástricas é uma complicação grave da hipertensão portal com alta probabilidade de recorrência. Estudo retrospectivo de doentes com hipertensão portal referenciados para terapêutica endoscópica de varizes esofagogástricas num centro de endoscopia, entre Agosto 2010 e Dezembro 2012. Pretendeu-se avaliar a eficácia e segurança das terapêuticas e sua influência na sobrevivência. O estudo foi aprovado pela comissão de ética. No total incluíram-se 155 doentes com idade média 56 ± 11 anos, 81% do género masculino. A maioria apresentava cirrose descompensada (Child B-34%, Child C-25%). As varizes eram esofágicas em 82%, gástricas em 3% e 15% dos doentes apresentavam esofagogástricas. A principal técnica foi a laqueação elástica (LE), isolada em 78% e associação em 17% dos casos. O *follow-up* mediano foi 378 dias e a mortalidade observada 17% no primeiro ano. A sobrevivência média global foi 915 dias, os doentes Child A tiveram maior sobrevivência, depois Child B e menor no Child C ($p = 0,000002$). Catorze doentes desenvolveram carcinoma hepatocelular (CHC) que se associou a sobrevivência reduzida ($p = 0,000054$). A LE foi profilaxia secundária em 59% e primária em 41% dos doentes. Os doentes da secundária tinham menor idade ($p = 0,004$) e mais sessões LE ($p = 0,000467$). Em 57% dos doentes obteve-se erradicação de varizes, com frequência maior no Child A ($p = 0,013$), estes doentes apresentaram maior sobrevivência ($p = 0,00005$). Seis doentes apresentaram complicações hemorrágicas imediatas, que foram controladas com escleroterapia e/ou TIPS. Associaram-se de forma independente com a sobrevivência a erradicação de varizes ($p = 0,002$), classificação Child ($p = 0,003$) e ocorrência de CHC ($p = 0,026$). A LE foi a principal técnica utilizada, revelou-se eficaz na erradicação de varizes, sobretudo na cirrose compensada, e com reduzidas complicações. A sobrevivência foi influenciada pela função hepática, ocorrência de CHC e pela erradicação de varizes. As técnicas endoscópicas demonstraram efectivamente alterar o curso clínico dos doentes com varizes esofagogástricas.

30. SÍNDROME DE BOERHAAVE - A POTENCIAL UTILIDADE DE PRÓTESES NO MANEJO DUMA PATOLOGIA RARA

S. Raimundo Fernandes, C. Noronha Ferreira, H. Lopes Silva, P. Costa, L. Carrilho Ribeiro, J. Velosa

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria.

A síndrome de Boerhaave (SB) consiste na rotura do esófago secundária ao aumento de pressão intra-esofágica por vômitos. O tratamento implica, na maioria dos casos, cirurgia com correção do defeito da parede do esófago, drenagem da pleura e anti-bioterapia de largo espectro. A mortalidade, mesmo com tratamento precoce, permanece elevada (30%). A abordagem endoscópica tem surgido como alternativa promissora em doentes com comorbilidades contra-indicando cirurgia. Homem de 72 anos, sem antecedentes de relevo, inicia durante a refeição disfagia com sensação de impacto alimentar seguida de hematemesa e epigastria intensa. Por dificuldade respiratória progressiva foi conduzido ao serviço de urgência onde se verificou enfisema

subcutâneo cervical e supra-clavicular direitos com pneumomediastino e derrame pleural bilateral na radiografia e tomografia torácicas. Estudo comgastrografia confirmou rotura do esófago distal. O doente foi admitido em unidade de cuidados intensivos, ventilado e colocada drenagem torácica direita. Dada a idade avançada foi solicitado apoio da gastreenterologia. Na Endoscopia digestiva alta (EDA) verificou-se orifício de fístula no esófago distal com 6mm sendo colocada prótese metálica coberta (Ultraflex® 9/12 x 23/28) com exclusão eficaz da fístula. Evoluiu favoravelmente com retoma da dieta oral após 72 horas e remoção da prótese após 5 semanas. Após 6 meses, a EDA confirmava cicatrização completa da mucosa esofágica. O benefício do tratamento endoscópico na doença maligna do esófago encontra-se bem estabelecido, podendo ser igualmente útil no manejo de patologia esofágica benigna que, de outra forma, seria abordada cirurgicamente. O melhor tratamento da SB não se encontra definido admitindo-se abordagem conservadora, cirurgica ou endoscópica. Em doentes selecionados a colocação de próteses demonstrou-se superior à cirurgia, com menor tempo de internamento, recuperação mais rápida da via oral e menor morbi-mortalidade. O nosso caso exemplifica a potencial utilidade da abordagem endoscópica no manejo da SB.

31. LAQUEAÇÃO ELÁSTICA DE VARIZES NA TERAPÊUTICA DA HEMORRAGIA AGUDA POR ROTURA DE VARIZES ESOFÁGICAS-CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

P. Russo, M. Costa, D. Carvalho, M. Silva, T. Capela, J. Saiote, J. Barbosa, M. Mendes

Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Introdução: Apesar dos progressos terapêuticos alcançados nos últimos anos a rotura de varizes esofágicas (RVE) continua a ser uma complicação frequente e severa nos pacientes com hipertensão portal. A laqueação elástica de varizes (LEV) é a forma de terapêutica endoscópica recomendada.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes tratados com LEV em contexto de hemorragia aguda por RVE numa Unidade de Gastreenterologia.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com RVE tratados com LEV entre 01/01/2010 e 31/12/12. *Follow up* até 31/1/2013. Colheita de dados a partir do registo clínico e caracterização dos doentes.

Resultados: Realizaram-se 78 LEV em 69 doentes (58 homens, 11 mulheres, idade média 59 anos). 7,7% dos doentes ($n = 6$) em programa de profilaxia secundária com LEV, 24,4% ($n = 19$) sob profilaxia com propranolol, e 2,6% ($n = 2$) sob propranolol e nitrato. Predominou a etiologia por cirrose alcoólica ($n = 41$; 59,4%) e por cirrose por hepatite C associada ao álcool ($n = 16$; 23,2%). A endoscopia mostrou hemorragia activa em 18 doentes (23,1%), coágulo aderente em 16 (20,5%), coágulo de fibrina em 25 (32,1%), e erosão/escara de laqueação prévia em 7 (9%). Três requereram tamponamento com balão após LEV, tendo todos falecido nesse internamento. Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos em 10 doentes. Mortalidade global de 10,3% no episódio de rotura (por persistência de hemorragia); 25,4% às 6 semanas; e 40% no período de *follow up*. A mortalidade no episódio de RVE foi superior nos doentes com hemorragia activa e com coágulo de fibrina na EDA de urgência (27,8% e 12,0% respectivamente) assim como a mortalidade às 6 semanas nos que não estavam a fazer profilaxia prévia (medicamentosa 27,5% vs 15,8% ou endoscópica 26,2% vs 16,7%), mas não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Conclusões: A RVE continua a ser uma entidade com prognóstico reservado, com mortalidade elevada no episódio de rotura e a longo prazo.

32. ANÁLISE DO BENEFÍCIO DA ENDOSCOPIA DE REVISÃO NA ÚLCERA PÉPTICA HEMORRÁGICA

M.J. Pereira, J. Carvalheiro, A. Fernandes, S. Giestas, Z. Romão, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - CHUC.

Introdução: A terapêutica hemostática endoscópica constitui a terapêutica de primeira linha na úlcera péptica hemorrágica (UPH), tendo evidenciado redução da recidiva hemorrágica, necessidade de cirurgia e da mortalidade, contudo existe controvérsia sobre a necessidade de realização de endoscopia de revisão.

Objetivo: Analisar os achados endoscópicos identificados na endoscopia de revisão de doentes com UPH submetidos a terapêutica hemostática endoscópica e a perfusão endovenosa de inibidor da bomba de prótons (IBP).

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados num Serviço de Gastrenterologia por UPH durante o período de Dezembro de 2006 a Março de 2012. Efectuada análise demográfica, achados endoscópicos, terapêutica farmacológica, endoscópica e/ou cirúrgica instituída.

Resultados: Identificados 134 doentes, 69,9% sexo masculino, idade média $72,2 \pm 15,4$ anos. Medicação prévia com anti-inflamatórios não esteroides em 29,1%, antiagregantes 29,9% e anticoagulantes 4,5%. A localização mais frequente da úlcera foi duodenal (52,9%), seguindo-se a gástrica (42,4%) e anastomótica (4,7%). A endoscopia digestiva alta (EDA) de urgência evidenciou, de acordo com a classificação de Forrest: Ia-9,7%, Ib-21,6%, IIa-40,4%, IIb-23,1%, IIc-23,1%. Todos os doentes foram submetidos a terapêutica hemostática (injecção de adrenalina (1/10000) e/ou polidocanol (1%), aplicação de hemoclips ou coagulação com argon plasma) e perfusão endovenosa de IBP durante pelo menos 72 horas. Efectuada EDA de revisão (realizada 48 horas após a EDA urgente) em 62 doentes (46,3%), tendo a maioria revelado úlcera de fundo branco (32,3%) ou manchas de hematina (25,9%); no entanto, 12,9% apresentavam hemorragia activa, 14,5% vaso visível e 14,5% coágulo aderente, conduzindo na maioria dos casos (33,8%) a novo tratamento endoscópico. Nos doentes submetidos a EDA de revisão ocorreu recidiva em um caso (1,6%), controlado com nova intervenção endoscópica.

Conclusões: Embora a EDA de revisão não seja preconizada, 42% dos doentes que a realizaram, mostraram estigmas hemorrágicos endoscópicos maior com indicação para abordagem endoscópica, apesar da terapêutica farmacológica concomitante.

33. 2 LOOK ENDOSCOPY : PARA QUEM? - AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DE 2 ANOS

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

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE Leiria.

Objetivo: Analisar o *second look endoscopy* nos doentes com doença péptica ulcerosa (DPU) submetidos a terapêutica endoscópica e perfusão com inibidor da bomba de prótons. Definir grupo(s) com maior risco para persistência de estigmas major de hemorragia.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com hemorragia digestiva alta por DPU com estigmas major de hemorragia, terapêutica endoscópica e endoscopia digestiva alta (EDA) de controlo às 48 horas, num centro hospitalar durante dois anos. Análise estatística (testes não-paramétricos, SPSS20.0).

Resultados: Incluídos 67 doentes (65,7% homens); idade média de 70,5 anos. A maioria (85%) admitidos pela urgência. Instabilidade hemodinâmica em 21% na admissão; Hb média de 8,4 g/dL. A maioria com úlcera duodenal (55,2%). Estigmas na EDA de urgência

(Forrest): Ia (13,4%), Ib (19,4%), IIa (56,7%), IIb (10,4%). EDA realizadas entre: < 4 h (23,9%), 4-8 h (37,3%), 8-24 h (16,4%), > 24 h (22,4%). Na EDA de *second-look* 77,6% sem estigmas major (Forrest IIc/III). Apenas 22,4% foram terapêuticos. Tempo de internamento de 7,2 dias; aporte transfusional 2,65 UCE. Nenhum doente necessitou de cirurgia por falência terapêutica. Um doente recidivou antes da EDA de controlo; 2 doentes recidivaram até ao 30º dia; verificaram-se 2 óbitos até ao 30º dia. Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre o sexo, idade, instabilidade hemodinâmica, localização (gástrica/duodenal), dimensões, Hb e ureia à entrada, aporte transfusional, internamento, score Blatchford > 6, score Rockall > 8, mortalidade ou recidiva até 30 dias entre os grupos do controlo endoscópico (considerando $p < 0,05$, teste exacto de Fisher e Mann-Whitney).

Conclusões: Não foi possível identificar factores associados com a necessidade de terapêutica no *second-look*. A análise foi limitada pelo nº de doentes incluídos. Devido ao reduzido nº de estigmas major no *second-look* são necessários estudos prospectivos multicêntricos para definir critérios de selecção dos doentes com necessidade de controlo endoscópico. Na prática os autores mantêm a sua realização em todos os doentes.

34. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E PROGNÓSTICO - FAREMOS BEM EM TRANSFUNDIR?

A. Oliveira, S. Campos, D. Branquinho, T. Correia, N. Almeida, P. Souto, F. Portela, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A hemorragia digestiva alta (HDA) acarreta elevada morbi-mortalidade e constitui uma indicação frequente para transfusão com concentrado de eritrócitos (CE). As *guidelines* para a sua utilização são, no entanto, controversas e o seu impacto nas taxas de recidiva hemorrágica e mortalidade é desconhecido. O objetivo deste trabalho é avaliar os efeitos da transfusão de CE em doentes com HDA.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados por HDA não varicosa, entre Janeiro e Dezembro de 2011. Foram avaliadas as características clínicas, analíticas, endoscópicas e terapêuticas, frequência de recidiva hemorrágica (novas perdas hemáticas visíveis, descida da hemoglobina ≥ 2 g/dL após terapêutica inicial ou instabilidade hemodinâmica de novo), complicações, necessidade de cirurgia e mortalidade durante o internamento. Os doentes foram divididos em 2 grupos: Grupo A-Submetidos a transfusão; Grupo B-Não submetidos a transfusão.

Resultados: Incluíram-se 188 doentes (A-98; B-90), maioritariamente do sexo masculino (A-70,4%; B-73,3%) com média etária de 70,6 anos no grupo A e 68,6 no grupo B. Não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos na presença de comorbilidades (38,8% vs 31,1%), medicação com anti-agregantes/anti-coagulantes (50,0% vs 48,9%), estigmas de alto risco hemorrágico na endoscopia (61,1% vs 52,8%), realização de tratamento hemostático (54,1% vs 61,1%), recidiva hemorrágica (18,4% vs 16,7%), complicações (21,4% vs 13,3%) e necessidade de cirurgia (11,2% vs 2,2%). Há diferença ($p < 0,05$) no valor médio de hemoglobina (7,2 g/dL vs 10,4 g/dL), presença de instabilidade hemodinâmica (40,6% vs 24,1%) e mortalidade (11,2% vs 2,2% OR 5,6: 1,2-25,8), sem que no entanto se verifique discrepância no valor inicial de hemoglobina entre os doentes falecidos e não falecidos (8,0 g/dL vs 8,7 g/dL).

Conclusões: Neste estudo, os doentes submetidos a transfusão de CE não apresentaram maior frequência de recidiva hemorrágica mas a sua mortalidade foi superior, embora este acréscimo não seja explicado por diferenças no valor inicial de hemoglobina.

35. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR METÁSTASE GÁSTRICA DE CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

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

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

Introdução: As metástases gástricas (MG) são lesões incomuns, mais frequentemente associadas a melanoma, cancro da mama e pulmão. São habitualmente assintomáticas. A hemorragia digestiva é uma apresentação extremamente rara, ainda que potencialmente fatal.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 79 anos de idade, caucasiano, ex-fumador, com o diagnóstico prévio (2 meses) de carcinoma de pequenas células do lobo superior do pulmão esquerdo (CPCP), estadio IV, com metastização pulmonar contra-lateral, supra-renal, óssea e hepática conhecida, sob quimioterapia sistémica, admitido no Serviço de Urgência por quadro de melenas, tonturas e astenia. Negava outra sintomatologia e toma recente de anti-inflamatórios. À observação, o doente apresentava pressão arterial de 92/55 mmHg e palidez muco-cutânea, sem outras alterações relevantes. Analiticamente destacava-se hemoglobina de 9,2 g/dL, creatinina 1,17 mg/dL, ureia 182 mg/dL. Após entubação nasogástrica, registou-se saída de sangue digerido em moderada quantidade. A videoendoscopia digestiva alta apresentou uma lesão elevada com cerca de 1,5cm de diâmetro e ulceração central com vaso visível, a nível do fundo gástrico. Procedeu-se a terapêutica hemostática com injeção de adrenalina e polidocanol, seguida de electrocoagulação (BICAP). O doente foi internado no Serviço de Gastreenterologia. Iniciou-se terapêutica com esomeprazol em perfusão durante 72 h, sem evidência de recidiva hemorrágica. A ecoendoscopia revelou tratar-se de uma lesão parietal hipoeogénica, de limites bem definidos, indistinguível de um tumor do estroma gastro-intestinal. A análise histológica das biópsias endoscópicas confirmou tratar-se de metástase de CPCP.

Discussão: Descreve-se um caso raro de metástase gástrica solitária de CPCP que se apresentou com hemorragia digestiva alta. Salienta-se a relevância da realização de endoscopia alta previamente ao início de quimioterapia sistémica, sobretudo nos tumores que mais frequentemente envolvem o tubo digestivo alto. Apresenta-se detalhada iconografia endoscópica, imagiológica e histológica.

36. CONCORDÂNCIA ENTRE ENTEROSCOPIA PROFUNDA, CÁPSULA ENDOSCÓPICA E MÉTODOS DE IMAGEM SECCIONAL NO DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA DO INTESTINO DELGADO

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

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

Introdução: A enteroscopia por cápsula (EC), a enteroscopia profunda assistida por balão (EB) e os métodos de imagem seccional (tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RMN)) são os procedimentos preferenciais para o estudo do intestino delgado. Vários estudos avaliam a capacidade diagnóstica destes métodos, contudo a concordância de diagnósticos não tem sido reportada.

Métodos e objetivo: Estudo retrospectivo com avaliação do grau de concordância diagnóstica entre a CE, a EB e os métodos seccionais (RMN e TC). A concordância foi determinada pelo teste estatístico Kappa.

Resultados: Entre Janeiro de 2011 e Janeiro de 2013, foram realizadas 111 enteroscopias de balão (66 por via anterógrada) em 99 doentes (49 mulheres, idade média 52 ± 18 anos). Foram realizadas bi-

ópsias endoscópicas em 49 exames (44%) e procedimentos terapêuticos em 20 exames (18%). A taxa de complicações foi de 0,9%. Do total de doentes, 60 haviam realizado recentemente cápsula endoscópica (61%) e 29 outros métodos de imagem (24 TC; 5 RMN). A EC e a EB foram totais em 82% e 5% dos casos, respectivamente. Globalmente, os achados diagnósticos da EB foram concordantes com a CE em 61% dos casos (Kappa = 0,44 - moderada). A concordância diagnóstica entre os métodos seccionais e a EB foi razoável (Kappa = 0,39).

Conclusões: A EB revelou-se uma técnica segura e eficaz no tratamento de patologia do intestino delgado. A EB e a EC tiveram concordância moderada na nossa série. A concordância com a TC e a RMN, numa amostra mais reduzida, foi razoável.

37. CORRELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE TRÂNSITO DO INTESTINO DELGADO E DIAGNÓSTICO DE LESÕES NA ENTEROSCOPIA POR VIDEOCÁPSULA

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

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: A influência de tempo de trânsito do intestino delgado (TTID) na capacidade diagnóstica da enteroscopia por videocápsula (EVC) foi investigada, até à data em um número reduzido de estudos. Estes demonstraram uma correlação positiva entre o TTID e o diagnóstico de lesões na EVC. O objetivo do nosso estudo foi investigar a influência do TTID na capacidade da EVC para detetar lesões do intestino delgado (ID); adicionalmente identificar fatores de risco que possam afetar o TTID.

Métodos: Estudo retrospectivo, realizado de Janeiro de 2006 a Dezembro de 2011, de 637 EVC consecutivas realizadas no nosso Centro. Foram incluídas no estudo 540 EVC (doentes com idade média 60,3 anos, 56,2% do sexo feminino) que corresponderam a exames completos e/ou em que se conseguiu calcular o TTID. Foram registados indicações para o procedimento dados demográficos, TTID (minutos) e achados positivos no ID. Na análise estatística foram utilizados o coeficiente de correlação de Spearman, testes paramétricos e não paramétricos.

Resultados: A principal indicação para EVC foi hemorragia digestiva obscura (HDO, 69,3%, oculta em 69,2%). O exame foi considerado incompleto em 7,5% dos casos. O TTID médio foi de 253,3 min (percentil 25 e 75: 203,25 e 298,75 respectivamente). Foram encontrados achados positivos em 67,2% dos exames (351 incluídos). Nos exames com achados positivos o TTID médio foi 258,4 min e nos com achados negativos de 240,9 min ($p = 0,032$), indicando que um tempo mais prolongado de trânsito no ID pode estar associado à deteção de um maior número de lesões, principalmente para a indicação HDO ($p = 0,031$). Agrupando os doentes por tempos de TTID, verificou-se um maior número de lesões nos tempos superiores a 200 minutos ($TTID > 200 \leq 400$ e > 400 min, $p = 0,022$ e $p = 0,05$, respetivamente). Fatores como idade, sexo e a qualidade de preparação intestinal não apresentaram uma associação estatisticamente significativa com o TTID.

Conclusões: Este estudo demonstrou que o TTID parece influenciar a capacidade diagnóstica da EVC, principalmente sendo a indicação HDO.

38. ENTEROSCOPIA ASSISTIDA POR "DEVICE" - CASUÍSTICA DOS PRIMEIROS 500 PROCEDIMENTOS NUM ÚNICO CENTRO

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

ManopH, Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva, Porto ManopH, Instituto CUF, Porto.

Introdução: As técnicas de endoscopia profunda constituem complemento importante da enteroscopia por cápsula (CE), permitindo biópsias e terapêutica.

Métodos: Revisão da nossa casuística de 500 enteroscopias: Enteroscopia por duplo balão (DBE) anterógrada - 369 exames; retrógrada - 125; Enteroscopia espiral (SE) via oral - 6.

Resultados: Idade média 55.3 anos; 50.6% homens. Enteroscopia anterógrada (DBE/SE), Indicações: Lesões na CE 226 (ectasias vasculares 97, tumores 76, erosões/úlceras 32, outros 21), suspeita DII 39, poliposes 36, estenoses 14, HDO-CE negativa 36, esclarecer TAC 7, dor abdominal 6, síndrome má absorção 5, corpo-estranho 5, enterite rádica 1, fistula 1. Profundidade: jejuno 139, ileon 230, colon 5, esôfago 1 (estenose). Duração: 62 min. Diagnóstico: normal 124, ectasias vasculares 96, poliposes 33, inflamação 22, Crohn 23, tumores 17, pólipos 12, estenoses 8, lipoma 7, divertículo(s) 5, Celiaca 4, hiperplasia linfóide 4, linfoma 3, enterite-rádica 3, corpo-estranho 5, neurofibromas 2, hemangiomas 3, fistula 1, parasitas 1, outros 15. Técnicas: biópsia 75, tatuagem 131, APC 92, polipectomia 31, clips 12, extracção corpos-estranhos 5, dilatação 5, injeção 5. Complicações: 3 perfurações (dilatação 1, APC 1, exame diagnóstico em enterite-rádica 1), 1 pancreatite. DBE retrógrada- Indicações: Lesões na CE 62 (tumores 26, erosões 20, ectasias vasculares 11, outras 4), DII 30, HDO 11, estenoses 7, esclarecer TAC 4, dor abdominal 3, colonoscopia difícil 3, corpo-estranho 2, enterite-rádica 1, suspeita de Meckel 1, poliposes 2. Profundidade: cego 4, ileon distal 51, ileon proximal/médio 70. Duração: 54min. Diagnósticos: normal 47, inflamação 19, Crohn 16, estenoses 9, ectasias vasculares 8, pólipos 7, tumores 3, parasitas 2, enterite rádica 1, linfoma 1, outros 14. Técnicas: biópsia 49, tatuagem 40, APC 9, polipectomia 5, dilatação 2, clip 1. Sem complicações.

Conclusões: A enteroscopia profunda é uma técnica complementar importante da CE, com baixa taxa de complicações (0,8%), que ocorreram em procedimentos terapêuticos e em pacientes com patologia intestinal prévia.

39. HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA RECORRENTE POR LESÃO DE DIEULAFOY DO JEJUNO: HEMOSTASE EFICAZ COM COLOCAÇÃO DE CLIPS

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

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Homem, 56 anos, com hemorragia digestiva obscura manifesta recorrente. Primeiro internamento em 2010, por episódio autolimitado de hematoquezias com repercussão hemodinâmica, sem outra sintomatologia gastrointestinal e hemoglobina mínima 6 g/dL. A endoscopia digestiva alta (EDA), colonoscopia total, angiotomografia abdominal e enteroscopia por cápsula foram normais. Atendendo à gravidade clínica realizou enteroscopia intra-operatória, sem alterações. Não se verificou recidiva hemorrágica até 2012, com 2º internamento por quadro clínico-laboratorial idêntico, novamente com EDA, angiotomografia abdominal e colonoscopia total normais. A enteroscopia por cápsula revelou, no jejuno, uma mancha vermelha punctiforme com halo de hiperémia, sem hemorragia, suspeita de lesão vascular. Fez enteroscopia de duplo balão (EDB), via anterógrada, com progressão estimada até ao íleo, que não identificou lesões. Três semanas após a alta, verificou-se 3º episódio de hematoquezias, tendo realizado EDA e arteriografia sem evidência de lesões ou hemorragia ativa. Realizou ainda EDB, via retrógrada, que foi normal. Em Fevereiro de 2013, verificou-se o 4º episódio de hemorragia digestiva, com hematoquezias e pela primeira vez com hematemese e lipotímia; hemoglobina mínima 7,5 g/dL. A EDA de urgência com apoio anestésico foi normal. No mesmo tempo anestésico, realizou enteroscopia de impulsão com colonoscópio pediátrico que identificou, no jejuno proximal, vaso visível com hemorragia de baixo débito, sem solução de continuidade da mucosa adjacente, compatível com o diagnóstico de lesão de Dieulafoy. Procedeu-se a hemostase eficaz com colocação de *clips*. Os autores

salientam a raridade da Lesão de Dieulafoy no jejuno e a dificuldade no diagnóstico destas lesões na ausência de hemorragia ativa. Apresenta-se a iconografia endoscópica em imagens e vídeo.

40. ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA. A NORMALIDADE NÃO É TRANQUILIZADORA.

T. Cúrdia Gonçalves, F. Dias de Castro, M.J. Moreira, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave-Guimarães.

Introdução e objetivo: A enteroscopia por cápsula (EC) é atualmente uma ferramenta fundamental no estudo etiológico da hemorragia digestiva de causa obscura (HDCO). Contudo, o impacto de um exame negativo e o risco de recidiva hemorrágica variam nos diferentes estudos. O objetivo deste trabalho foi descrever o seguimento dos doentes com HDCO e EC normal, avaliar a presença de recidiva hemorrágica e possíveis fatores associados.

Métodos: Analisaram-se 79 doentes submetidos consecutivamente a EC entre Abril de 2006 e Dezembro de 2011 para estudo de HDCO, cujo resultado excluiu lesões potencialmente sangrantes. Recolheu-se informação pré- e pós-EC, incluindo tempo de seguimento e presença de recidiva hemorrágica (definida como internamento por anemia sintomática, necessidade de suporte transfusional, queda do valor de hemoglobina de > 2 g/dL, ou evidência de melenas ou hematoquezias).

Resultados: Dos 79 pacientes inicialmente selecionados, excluíram-se 4 por falta de informação disponível. Dos restantes, 61,3% eram do género feminino, e a idade média foi 52 anos. A indicação para a realização do exame foi HDCO oculta em 59 doentes (78,7%) e HDCO visível em 16 (21,3%). 68 doentes (90,7%) mantiveram seguimento hospitalar, com uma duração média de seguimento de 32 meses. Destes, 39 (57,4%) foram posteriormente submetidos a mais exames para investigação etiológica, tendo sido efetuado um diagnóstico em 11 deles. Verificou-se recidiva hemorrágica em 16 (23,5%) dos 68 doentes seguidos, tendo ocorrido em média 15 meses após a EC. Dos vários fatores analisados (idade, género, indicação para EC, antecedentes patológicos, valor de hemoglobina), apenas o género masculino se associou significativamente a recidiva hemorrágica ($p = 0,007$).

Conclusões: Cerca de um quarto dos doentes com hemorragia digestiva de causa obscura e EC normal têm recidiva hemorrágica, sendo este facto mais significativo no sexo masculino. Este resultado deverá implicar nestas situações uma vigilância médica regular e, possivelmente, uma tentativa de esclarecimento etiológico mais exaustiva.

41. PREVER A PRESENÇA DE ANGIECTASIAS INTESTINAIS: SERÁ POSSÍVEL FAZÊ-LO?

T. Cúrdia Gonçalves, J. Magalhães, P. Boal Carvalho, M.J. Moreira, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave-Guimarães.

Introdução e objetivo: As angiectasias são as anomalias vasculares mais comuns no trato gastrointestinal. Quando localizadas no intestino delgado (ID), podem causar hemorragia digestiva de causa obscura (HDCO), sendo atualmente a enteroscopia por cápsula (EC) muito importante para o seu diagnóstico. O objetivo deste estudo foi tentar identificar fatores preditivos da presença de angiectasias no ID detetadas através da EC.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente os resultados de 284 EC efetuadas consecutivamente entre Abril de 2006 e Dezembro de 2012 cuja indicação para a sua realização foi HDCO. Destes, foram selecionados 47 casos com angiectasias no ID e 53 controlos

em que não foi identificada qualquer lesão. Para cada doente selecionado foi recolhida informação demográfica, clínica e laboratorial referente à data de realização do exame. A análise estatística dos dados foi feita com SPSS v17.0.

Resultados: A idade média dos indivíduos com angiectasias ($70,9 \pm 14,7$) foi significativamente superior à dos controlos ($53,1 \pm 18,6$; $p < 0,05$). Quanto ao género, encontraram-se angiectasias em 56,1% dos homens e em 40,6% das mulheres, apesar desta diferença não ter significado estatístico. A presença de angiectasias do ID foi significativamente mais frequente quando a indicação foi HDGO visível ($p < 0,05$). Dos antecedentes estudados, hipertensão arterial e dislipidemia foram os fatores que mais significativamente se associaram à presença de angiectasias ($p < 0,05$), enquanto tabagismo e doença renal crónica apenas se associaram marginalmente ($p = 0,084$; $p = 0,145$). Diabetes mellitus, estenose aórtica, doença hepática crónica, cirurgia abdominal prévia, e uso de antiagregantes ou anticoagulantes não se associaram significativamente a angiectasias no ID. Analiticamente, não foi encontrada nenhuma relação com a contagem plaquetar.

Conclusões: Na HDGO, fatores como hemorragia visível, idade mais avançada, dislipidemia ou hipertensão arterial constituem-se como preditivos da presença de angiectasias do intestino delgado.

42. TUMOR CARCINOIDE DO JEJUNO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA

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

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

Os tumores carcinoides são neoplasias raras. A maioria localiza-se no trato gastrointestinal, preferencialmente no intestino delgado (45%). Muitos tumores carcinoides pequenos do delgado são assintomáticos e detetados de forma acidental. Quando provocam sintomas, a dor abdominal é o sintoma mais comum. Em menos de 10% dos casos, os tumores carcinoides se manifestam na forma de hemorragia digestiva obscura.

Caso clínico: Homem de 63 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação crónica, recorreu ao serviço de urgência (SU) por hematoquezias com um dia de evolução. Negava dor abdominal, sintomas constitucionais, diarreia, flushing ou episódios anteriores de perdas hemáticas. Ao exame objetivo: hemodinamicamente estável, apirético, mucosas coradas e hidratadas; auscultação cardiopulmonar sem alterações, abdómen: mole, depressível e não doloroso a palpação, sem organomegalias e sem sinais de irritação peritoneal. O estudo analítico não revelou alterações (Hb15 g/dl). Por manter hematoquezia, realizou rectosigmoidoscopia, observando-se abundante sangue vivo que impediu a visualização da mucosa. Durante a permanência no SU, manteve perdas hemáticas abundantes, verificando-se descida do valor de hemoglobina para 12 g/dl. Realizou então colonoscopia total com ileoscopia que revelou sangue vivo e coágulos no íleon, cego e colon ascendente; a endoscopia digestiva alta não evidenciou lesões. A enteroscopia por capsula mostrou hemorragia ativa com abundante sangue vivo no íleon médio, não se conseguindo identificar nenhuma lesão. Na enteroscopia de mono-balão efetuada por via retrógrada, observou-se aos 80 cm da válvula ileocecal, uma lesão com aspeto subepitelial, ulcerada, friável, com 15 mm e com sangue vivo adjacente. Tatuou-se a lesão para tratamento cirúrgico. O exame histológico demonstrou tumor carcinoide bem diferenciado, sem atividade mitótica, com invasão da subserosa e de dois gânglios linfáticos regionais- T3N1G1R0. Os autores destacam este caso, não só pela forma rara de apresentação, como pela importância da enteroscopia no diagnóstico destas lesões. Apresenta-se iconografia na forma de vídeo

43. HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA MANIFESTA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE PÓLIPOS FIBROIDES INFLAMATÓRIOS DO JEJUNO

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

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

Os pólipos fibroides inflamatórios são lesões benignas da submucosa, com localização rara no jejuno. Geralmente são assintomáticos, mas podem provocar dor abdominal e mais raramente hemorragia. Os autores descrevem dois casos de pólipos fibroides inflamatórios, destacando a forma de apresentação destas lesões, bem como a importância da realização precoce da enteroscopia por capsula (EC) e enteroscopia terapêutica na orientação e manejo da hemorragia digestiva média obscura. Caso 1: homem de 61 anos, admitido no serviço de urgência (SU) por hematoquezias. Antecedentes de cardiopatia isquémica e dupla anti-agregação. Exame objetivo: palidez muco-cutânea e toque rectal com sangue na luva. Estudo analítico: hemoglobina de 9,8 g/dl. A colonoscopia demonstrou sangue vivo no colon e íleon distal. A endoscopia digestiva alta (EDA) não revelou alterações. A EC no SU mostrou hemorragia ativa no jejuno, pelo que realizou enteroscopia por mono-balão no dia seguinte, onde se observou lesão polipoide congestiva, com cerca de 20mm e com erosão central, removida com ansa diatérmica. Exame histológico compatível com pólipo fibroide inflamatório. Caso 2: homem de 68 anos, com antecedentes de AVC isquémico e medicado com aspirina. Recorreu ao SU por melenas com três dias de evolução. Exame objetivo sem alterações, além de toque rectal com fezes pretas. Analiticamente com hemoglobina de 13 g/dl. A EDA que não identificou lesões. Durante a permanência no SU, iniciou hematoquezias, com descida da hemoglobina para 10 g/dl em menos de 24 horas. Na CT observaram-se escassos restos de sangue vivo no colon e íleon distal. A EC realizada no SU mostrou vestígios de sangue vivo e pólipo séssil e congestivo com 10mm no jejuno, confirmado por enteroscopia por mono-balão, tendo sido realizada polipectomia. A histologia revelou pólipo fibroide inflamatório. Em ambos os casos, não se verificou recidiva das perdas hemáticas e o controlo analítico realizado meses depois demonstrou hemoglobina de 14 g/dl e 15 g/dl, respetivamente.

44. FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA: UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

A.G. Antunes, A.L. Sousa, M. Eusébio, R. Abreu, B. Peixe, H. Guerreiro

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Faro, EPE.

Os autores apresentam o caso de um homem de 72 anos de idade, com episódio de hematoquezias de sangue escuro associadas a síncope, com 24 h de evolução, sem hematemese, queixas dispépticas ou dor abdominal. Antecedentes pessoais: doença arterial obstrutiva periférica, bypass aorto-bifemoral em 2000, bypass axilobifemoral em 2008 em contexto de trombose de prótese aórtica. Medicado com varfarina e ácido acetilsalicílico. Exame objetivo: hipotensão com taquicardia, mucosas descoradas, abdómen mole, indolor, com aumento dos ruídos hidro-aéreos e hematoquezias no toque rectal. Analiticamente Hb 10,7 g/L, VGM 91,8 fL, Leucocitose com 80% de Neutrófilos, INR 6.26, BUN 44 mg/dL, Creatinina de 1,91 mg/dL, PCR de 202 mg/L. Atendendo aos antecedentes do doente, realizou: Angio-TC que revelou continuidade da prótese endovascular ao nível da aorta distal com a 3ª porção do duodeno, a um nível em que o lúmen da aorta se encontrava trombosado, sem evidência de fístula, ou de hemoperitoneu; endoscopia digestiva alta que identificou solução de continuidade da mucosa de bordos hiperemiados, evidenciando uma

estrutura em rede, sem sangue endoluminal. Transferiu-se para o Hospital de referência com Cirurgia vascular, onde realizou novos exames de imagem que confirmaram os achados. Submetido a laparotomia, constatando-se volumosa fistula aorto-duodenal da face posterior-lateral da 3ª porção do duodeno, com infecção e oclusão da prótese aórtica, procedendo-se à sua excisão e gastro-jejunoestomia. As fistulas aorto-entéricas correspondem a entidades raras de Hemorragia digestiva, dividem-se em primárias e secundárias, consoante exista cirurgia aórtica reconstrutiva prévia. As fistulas secundárias são mais frequentes, apresentando uma incidência variável entre 0.3 e 1,6% em indivíduos submetidos a cirurgia. A forma de apresentação mais comum corresponde a hemorragia digestiva (80%), seguida de sépsis (44%), dor abdominal (30%), lombalgia (15%) e massa abdominal pulsátil (6%). A chave diagnóstica assenta na suspeita clínica, particularmente em doente com hemorragia digestiva e cirurgia da aorta abdominal.

45. PARASITOSE INTESTINAL COMO CAUSA DE ANEMIA

S. Ribeiro, D. Trábulo, C. Martins, A.L. Alves, F. Augusto, A.P. Oliveira

Hospital São Bernardo, Setúbal.

A maioria das parasitoses intestinais é bem tolerada pelo hospedeiro imunocompetente, cursando de forma assintomática ou com sintomas gastrointestinais inespecíficos (dor abdominal, vômitos e diarreia) ou com anemia. Apresentamos o caso de um homem de 59 anos, saudável, raça caucasiana, natural e residente em Portugal, referenciado pelo seu médico de família à consulta de Gastrenterologia para investigação etiológica de anemia ferropénica (HB: 10,7; VGM: 79, ferro sérico: 19 µg/dL, ferritina: 8 ng/mL, CTF: 450 µg/dL). Como antecedentes pessoais, o doente referia ter vivido em África há cerca de 20 anos. Entre os exames requisitados para esclarecimento da anemia, salientavam-se a Endoscopia digestiva alta e a Colonoscopia total que não revelaram alterações, a pesquisa de ovos, quistos e parasitas nas fezes, que não isolou nenhum microorganismo e a pesquisa de anticorpos para doença celíaca, que foi negativa. Perante anemia refractária à terapêutica com ferro oral, foi realizado estudo do intestino delgado através de cápsula endoscópica, em que se observaram vários parasitas e erosões diminutas no duodeno e jejuno. O doente efectuou tratamento com Mebendazol e ferro oral, com resolução completa da anemia. O diagnóstico das parasitoses é normalmente baseado no exame microscópico das fezes, no entanto a excreção de ovos ou quistos depende da fase do ciclo de vida em que se encontra o parasita e pode ser intermitente. É importante não esquecer as parasitoses intestinais como possível causa de anemia crónica, sobretudo quando se trata de indivíduos que viveram em regiões endémicas.

46. HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA MANIFESTA POR LINFOMA PRIMÁRIO DO INTESTINO DELGADO: UM DIAGNÓSTICO RARO

A.M. Oliveira¹, C. Rodrigues¹, L. Santos¹, M. Martins², A. Martins¹, J. Ramos de Deus¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. ²Serviço de Hematologia, Hospital Santo António dos Capuchos.

Nos últimos anos, a incidência do linfoma não Hodgkin (LNH) aumentou a nível mundial, especialmente o linfoma extraganglionar primário. O trato gastrointestinal é o local mais frequentemente envolvido pelos linfomas extraganglionares, representando 30-40% de todos os casos extraganglionares e aproximadamente 4-20% de todos os LNH. Descreve-se o caso clínico de um homem, 78 anos, com bom estado geral, internado por hematoquezias com dois dias

de evolução, sem repercussão hemodinâmica ou outra sintomatologia acompanhante. Laboratorialmente salientava-se apenas anemia normocítica normocrômica (hemoglobina mínima de 9,0 g/dL). Na admissão, efectuou rectossigmoidoscopia flexível que foi inconclusiva devido à presença de sangue e coágulos e endoscopia digestiva alta que foi normal. A colonoscopia total ao segundo dia de internamento não mostrou alterações. Perante uma hemorragia digestiva obscura, foi realizada enteroscopia por videocápsula que revelou, no ileon distal, lesão endoluminal exofítica e irregular, com áreas ulceradas e friabilidade, suspeita de neoplasia. A tomografia computadorizada abdómino-pélvica demonstrou espessamento difuso do ileon terminal, a presença de uma massa, com 40 mm x 28 mm, em contacto com o cego e adenopatias mesentéricas e lombo-aórticas. Repetiu colonoscopia com ileoscopia, confirmando o envolvimento do cego por uma lesão de características infiltrativas que foi biopsada correspondendo a um LNH difuso de grandes células B. A investigação adicional permitiu classificar a neoplasia no estadio IV, de acordo com a classificação de Lugano. O mielograma não revelou infiltração pelo linfoma. O doente foi referenciado para a Consulta de Hematologia, e iniciou quimioterapia com rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona. Encontra-se atualmente no segundo ciclo. Não se verificou entretema recidiva hemorrágica. Os autores apresentam iconografia deste linfoma primário do intestino delgado não só pela sua raridade, mas também pelo facto da sua forma rara de apresentação.

47. HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA: ACHADOS POSITIVOS NA ENTEROSCOPIA POR VIDEOCÁPSULA AO ALCANCE DOS EXAMES ENDOSCÓPICOS CONVENCIONAIS

R. Herculano, I. Chapim, P. Costa, L. Carvalho, S. Marques, M. Túlio, M. Bispo, S. Santos, C. Chagas, L. Matos

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: A Hemorragia digestiva obscura (HDO) representa uma das principais indicações para enteroscopia por videocápsula (EVC). Muitos estudos demonstraram que a EVC pode identificar lesões ao alcance dos exames endoscópicos convencionais, principalmente por endoscopia digestiva alta (EDA). O objetivo deste estudo foi analisar a experiência do nosso Centro na capacidade diagnóstica da EVC em áreas ao alcance dos exames endoscópicos convencionais e identificar eventuais fatores preditivos da sua ocorrência.

Métodos: Estudo retrospectivo, de Janeiro de 2006 a Dezembro de 2011, de 441 doentes (idade média 66,2 anos, 44% do sexo masculino) que realizaram EVC no nosso Centro por HDO. Foram registados indicação do exame (oculta ou manifesta), dados demográficos, clínicos, local onde foram realizados os exames convencionais e achados no esófago, estômago, duodeno e cólon (não identificados inicialmente e clinicamente relevantes).

Resultados: Foram detetados achados positivos em locais alcançáveis por EDA em 91 doentes (20,9%) dos quais 63 (14,3%) clinicamente relevantes. O estômago foi o local com mais achados (57, 62,6%), sendo os mais comuns a gastrite erosiva e angiodisplasias. Foram identificados achados positivos no cólon em 36 doentes (8,8%), 29 (6,6%) clinicamente relevantes. Em 21 doentes diagnosticaram-se angiodisplasias no cego e cólon ascendente. Verificou-se um maior número de achados positivos nos doentes idosos (> 65 anos), quando comparados com os mais jovens (< 65 anos), $p = 0,043$. Fatores como o sexo e o local onde os exames endoscópicos convencionais foram efectuados não apresentaram associação estatisticamente significativa com os achados positivos.

Conclusões: A nossa série, coincidindo com os dados da literatura, sugere que a repetição dos exames endoscópicos convencionais (nomeadamente EDA) previamente à realização da EVC poderá ser benéfica em termos de diagnóstico e atitude terapêutica, particularmente na população mais idosa.

48. HEMORRAGIA DIGESTIVA, AINE'S E GIST - COINCIDÊNCIA OU CONFUSÃO...

A. Oliveira, N. Almeida, S. Lopes, R. Cardoso, T. Correia, S. Campos, P. Souto, E. Camacho, F. Portela, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A abordagem da hemorragia digestiva mudou significativamente com os novos métodos de enteroscopia e hoje o conceito de hemorragia digestiva média é universalmente aceite. Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, de 32 anos com queixas de astenia e melenas cujo estudo analítico evidenciou anemia microcítica (Hb 5,9 g/dL). A história pregressa era irrelevante, com exceção da toma recente de anti-inflamatórios por patologia ósteo-articular. Foi submetida a endoscopia digestiva alta que revelou duas úlceras Forrest III no antro pré pilórico. A doente teve alta assintomática e com hemoglobina estável após transfusão de 2 unidades de concentrado de eritrocitos. Contudo, sete meses após este episódio, ocorreu recidiva hemorrágica mas agora sem quaisquer alterações endoscópicas no trato digestivo alto. Foi realizada colonoscopia com ileoscopia que evidenciou grande quantidade de sangue no íleon terminal e cólon ascendente. A pesquisa cintigráfica de divertículo de Meckel foi negativa e optou-se então pela realização de enteroscopia por cápsula a qual revelou a presença de uma lesão subepitelial ulcerada no jejuno. A enteroscopia de duplo balão permitiu confirmar a presença desta lesão e realizar a sua marcação com injeção de Tinta da China. A TC de estadiamento excluiu localizações secundárias, só se identificando a lesão tumoral já conhecida, com efeito de realce heterógeno após contraste, compatível com Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST). A doente foi encaminhada para sanção cirúrgica por via laparoscópica, com realização de enterectomia segmentar. O estudo histológico confirmou que se tratava de um-gIST de alto risco pelo que a doente iniciou terapêutica com imatinib. Neste momento encontra-se bem e sem evidência clínica/imagiológica de recidiva tumoral. Este caso clínico, documentado iconograficamente, demonstra uma forma pouco comum de hemorragia digestiva numa doente jovem, e a extrema importância da realização precoce de enteroscopia por cápsula quando a avaliação endoscópica tradicional é negativa.

49. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DE UMGRUPO DE DOENTES COM COLITE ISQUÉMICA

M.J. Pereira, J. Carvalheiro, A. Fernandes, S. Giestas, Z. Romão, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A colite isquémica (CI) constitui a forma mais comum de lesão isquémica do tubo digestivo. Atinge particularmente indivíduos com mais de 60 anos de idade e o espectro clínico pode variar desde colopatia reversível a doença fulminante.

Objetivo: Caracterização clínica e epidemiológica de um grupo de doentes com CI.

Material e métodos: Realizada análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados num Serviço de Gastreenterologia entre Janeiro/2007 a Janeiro/2011, com o diagnóstico de CI.

Resultados: Identificados 111 doentes, 70,2% do sexo feminino. Idade média: 75,5 ± 11,2 anos. 90% dos doentes apresentavam idade superior a 61 anos. Duração média do internamento: 8 dias (2-21). Antecedentes de patologia cardiovascular em 69% dos doentes, tromboembólica 28%, episódio prévio de CI 4,5%. 35% encontravam-se acamados. Sinais e sintomas à apresentação: hematoquezias 48,6%, dor abdominal 45,9%, retorragias 39,6%, vômitos 13,5% e febre 1,8%. Instabilidade hemodinâmica em 4,5%. Leucoci-

tose em 63%, elevação da PCR 58% e anemia 21,6%. Necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário em 9,9%. O sigmóide foi mais frequentemente envolvido 58,5%, seguido do cólon descendente 55%, reto 13,5%, flexura esplénica 9,9%, transversa 7,2% e ascendente 1,8%. Realizado controlo endoscópico em 64% dos casos, revelando boa evolução das lesões. Efectuadas biopsias em 90%, que foram concordantes com o diagnóstico endoscópico. Nenhum doente faleceu. Dois doentes apresentaram recidiva de CI (1,8%) no período de um ano.

Conclusões: 1. Verificou-se predomínio da CI no idoso do sexo feminino. 2. O sigmóide e o descendente foram os segmentos do cólon mais frequentemente envolvidos. 3. Raramente houve necessidade transfusional. 4. Observou-se nesta série uma elevada percentagem de doentes acamados, com factores de risco cardiovasculares e antecedentes de patologia tromboembólica. 5. Apesar das comorbilidades, todos apresentaram evolução favorável, destacando-se a ausência de necessidade cirúrgica e mortalidade nesta série.

50. COLITE ISQUÉMICA

L.C. Meireles, I. Marques, A.C. Lagos, A.P. Coutinho, B.C. Neves

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente.

Os autores descrevem o caso de uma doente de 73 anos, caucasóide com antecedentes de aneurisma da aorta, cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, dislipidémia, e tabagismo (80 UMA), que surge com quadro de dor abdominal difusa, diarreia com hematoquezias de sangue vivo com várias semanas de evolução. Negava febre. Ao exame objetivo apresentava-se apirética, com mucosas coradas, hidratadas e anictéricas. O abdómen tinha ruídos hidroaéreos mantidos, era doloroso à palpação profunda na fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal. Laboratorialmente salientava-se apenas uma discreta anemia (Hb 11,5 g/dL). Realizou colonoscopia que evidenciou, no cego e cólon ascendente, áreas focais de hiperemia, zonas nacaradas e erosões superficiais. Por suspeita de colite isquémica procedeu-se a Angio-TC que demonstrou: aneurisma trombado da aorta abdominal supra e infra-renal, estenose da emergência do tronco celiaco e artéria mesentérica superior. Após avaliação pela Cirurgia vascular e melhoria clínica, a doente teve alta. Dois dias após a alta, a doente regressou ao Serviço de urgência, por exacerbação do quadro de diarreia. Foi internada novamente no Serviço de Gastreenterologia e reavaliada pela Cirurgia vascular, tendo realizado aortografia e angioplastia com colocação de um stent vascular (Express Vascular SD 6,0 x 18 mm), ao nível do ostio do tronco celiaco. O procedimento decorreu sem complicações com boa evolução clínica e laboratorial. A colite isquémica é uma condição grave com alto índice de mortalidade. Manifesta-se por dor abdominal, diarreia e hematoquezias. O local mais comum de isquemia do cólon é o ângulo esplénico, a área divisória de fluxo entre as artérias cólica média e mesentérica inferior. O exame endoscópico evidencia comumente estreitamento do lúmen intestinal com ulcerações. O tratamento endovascular tem a vantagem de ser pouco invasivo, não requerendo anestesia geral, além de, usualmente, reduzir significativamente os dias de hospitalização.

51. CAPACIDADE DIAGNÓSTICA E IMPACTO CLÍNICO DA COLONOSCOPIA NA SUSPEITA DE MELENAS

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

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

Introdução: Após endoscopia digestiva alta sem achados que justifiquem presença de melenas, é frequente a realização de colonoscopia. No entanto, a capacidade diagnóstica e impacto clínico da colonoscopia neste contexto não é consensual.

Objetivo: Avaliar capacidade diagnóstica e impacto clínico da colonoscopia na suspeita de melenas.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a colonoscopia com indicação de “melenas” e com endoscopia digestiva alta “normal” nos 60 dias anteriores. Considerado período entre Novembro 2002 e Janeiro 2013. Avaliados achados patológicos em colonoscopia (divididos de acordo com grau de suspeição para melenas¹), taxa de intervenção terapêutica e motivo de internamento. Estatística: chi-quadrado e t-student

Resultados: 98 doentes (53,1% masculino; idade média 71,5 anos [$\pm$ 14,9 anos]); 61,2% dos doentes tinham origem no serviço de urgência; progressão até ao cego na maioria dos exames (71,4%); identificados achados patológicos em 67,3%, dos quais em 16 doentes (16,3%) correspondiam a achados de elevada suspeição (angiectasia, tumor, pólipos 20 mm, úlcera no cólon direito e/ou úlcera íleon); hemorragia ativa em 4,1%, tendo sido realizada técnica endoscópica em provável causa de melenas em 8,2%; 62,2% dos doentes permaneceram internados, sendo que em 13,3% o internamento se deveu a achados da colonoscopia; menor intervalo de tempo entre exames [p: 0,02] e origem no serviço de urgência [p: 0,01] relacionaram-se positivamente com o diagnóstico de achados de elevada suspeição. Tendência para hemoglobina inferior nos doentes com achados de elevada suspeição (8,4 vs 9,6 g/dL, p: 0,06).

Conclusões: Na amostra a colonoscopia diagnosticou causa provável de melenas em 16,3%, permitindo a realização de terapêutica endoscópica em metade desses doentes. A presença de lesões de elevada suspeição associou-se a um menor intervalo entre exames endoscópicos e proveniência do serviço de urgência.

Bibliografia

1. Etzel, et al, Diagnostic yield of colonoscopy to evaluate melena after a nondiagnostic EGD; Gastrointest Endosc. 2012.

52. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA - ESTRATÉGIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A. Rodrigues, C. Caetano, I. Pedrito

Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António.

Introdução: A hemorragia digestiva baixa (HDB) é uma causa frequente de admissão no serviço de urgência. A abordagem é complexa, tendo em conta a heterogeneidade das várias etiologias. Existem poucos estudos publicados sobre esta temática, nomeadamente sobre o papel da colonoscopia urgente. Por outro lado, a dificuldade de drenagem dos doentes leva muitas vezes ao congestionamento dos serviços de urgência, com afectação significativa da qualidade dos cuidados.

Objetivo: Analisar o fluxo e caracterizar os doentes com HDB submetidos a estudo endoscópico no serviço de urgência.

Material: Recolha de dados retrospectiva no período compreendido entre Janeiro e Dezembro de 2012 e análise estatística utilizando o Software Excel.

Resultados: Realizaram-se 258 colonoscopias, em 228 doentes; 53% do sexo masculino ($\pm$ 70 anos). Mais de 50% eram hipertensos e 38% estavam antiagregados. O cego foi atingido em 33% dos exames, sendo a deficiente preparação intestinal o principal factor limitante; em 29% dos doentes a avaliação foi inconclusiva para fonte hemorrágica, sendo os diagnósticos mais frequentes a colite isquémica (18%), hemorragia diverticular (11%), doença hemorroidária (11%), neoplasia (8%), doença inflamatória intestinal (6%), escara de polipectomia (5%). Foi necessário suporte transfusional em 33% dos doentes e efectuada terapêutica hemostática em 14% dos exames. Cerca de 46% dos doentes tiveram alta hospitalar, sendo a mortalidade de 2%.

Conclusões: A maioria dos estudos, embora escassos, é favorável à realização de colonoscopia urgente apesar da preparação intesti-

nal ser um factor de constrangimento. A nossa série demonstra que a colonoscopia urgente melhora a drenagem dos doentes no serviço de urgência (46% altas), acelera o diagnóstico e permite um internamento direccionado com afectação significativa da qualidade dos cuidados e das condições de permanência na urgência, o que assume particular importância nesta população idosa.

53. RECIDIVA DE HEMATOMA CÓLICO ESPONTÂNEO EM DOENTE HEMOFÍLICO

D. Ferreira, C. Caetano, S. Barrias, T. Moreira, A. Rodrigues, I. Pedrito

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

Introdução: A hemofilia A é um distúrbio hematológico hereditário resultante da deficiência do factor VIII. Os doentes com actividade do factor VIII < 1% apresentam hemorragias graves na ausência de traumatismo identificável. Habitualmente apresentam hemartroses recorrentes, hematomas musculares, hematúria franca e acidentais vasculares cerebrais hemorrágicos. As hemorragias gastrointestinais são manifestações menos frequentes. Os hematomas espontâneos do cólon são extremamente raros existindo apenas 3 casos publicados. A ocorrência de recidiva de hematoma espontâneo do cólon na Hemofilia A é ainda um evento mais raro sendo este, que seja do nosso conhecimento, o primeiro caso descrito.

Descrição: Descrevemos o caso de um paciente de 45 anos com Hemofilia A grave. Apresentava como antecedentes hemartroses recorrentes, hemorragias intracerebrais e hematoma do psoas aos 31 anos. Em 1999 foi admitido por hemorragia digestiva secundária a volumoso hematoma espontâneo do cólon descendente documentado endoscópica e imagiologicamente. O doente foi tratado conservadoramente com 8 unidades de glóbulos rubros (UGR), factor VIIIa recombinante e nutrição parentérica (NP). Teve alta após 23 dias de internamento tendo sido documentada a reabsorção completa do hematoma. Posterior desenvolvimento de inibidor do factor VIII. Sem recidiva hemorrágica gastrointestinal até 2012, altura em que inicia hematoquésias com instabilidade hemodinâmica sem febre ou dor abdominal. A colonoscopia revelou um volumoso hematoma no cólon descendente que ocupava 2/3 da circunferência luminal. A TAC abdomino-pélvica demonstrou área de espessamento parietal praticamente circunferencial espontaneamente hiperdensa sem contraste compatível com hematoma cólico. Foi instituído tratamento médico. Administradas 7 UGR, complexo protrombínico parcialmente activado e NP com redução progressiva do hematoma conforme documentado imagiologicamente. Aguarda realização de angiografia. Teve alta clínica após 42 dias de internamento encontrando-se assintomático.

Motivação e justificação: Os autores enviam este caso clínico pela sua raridade sendo a primeira descrição de recidiva de hematoma espontâneo do cólon neste distúrbio hematológico e pela particularidade das imagens endoscópicas que o documentam nos dois episódios hemorrágicos.

54. TERMOCOAGULAÇÃO COM ARGON-PLASMA EM DOENTES COM PROCTITE RÁDICA

D. Trábulo, C. Martins, S. Ribeiro, J. Mangualde, R. Freire, I. Cremers, A.P. Oliveira

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

Introdução: A Proctite Rádica é uma entidade relacionada com o uso cada vez mais frequente da radioterapia no tratamento de ne-

oplasias pélvicas. Cerca de 50% destes doentes podem apresentar rectorragias, resultando em anemia, necessidade transfusional e diminuição da qualidade de vida. A terapêutica com árgon-plasma (TAP) é considerada por muitos a terapêutica de eleição. No entanto, estudos recentes descrevem uma taxa de complicações de 26%.

Objetivo: Avaliar a eficácia, complicações e segurança da TAP nos doentes com proctite rádica hemorrágica.

Métodos: Estudo retrospectivo da abordagem dos doentes com proctite rádica hemorrágica no nosso serviço entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2012. A eficácia da TAP foi baseada nos sintomas referidos pelo doente antes e após o tratamento e no aspecto endoscópico da proctite.

Resultados: 57 doentes, idade média de 66 anos (45-81 anos), com diagnóstico de proctite rádica estabelecido entre 3-60 meses após irradiação pélvica no contexto de neoplasia da próstata (70%) e ginecológica (30%). 49% dos doentes apresentavam anemia (Hb < 11 g/dL), dos quais 12 necessitaram de suporte transfusional. Os doentes com rectorragias e proctite rádica, anemia e/ou afecção da qualidade de vida foram tratados com enemas de sucralfato e/ou messalazina (n = 4), TAP (n = 7) e TAP em combinação com enemas (n = 46). Verificou-se controlo da hemorragia em 100% e melhoria da qualidade de vida em 95% dos casos. Foram necessárias em média 2,5 sessões (1-4), todas realizadas sem sedação, com boa tolerância em 98% dos casos. Registaram-se apenas 2 complicações graves (3,8%): um caso de estenose anorectal e outro de ulcerações rectais profundas com necessidade de interrupção da TAP. Não se registou recorrência da hemorragia requerendo novo tratamento, fistulização ou perfuração (período médio de follow-up: 13,6 meses).

Conclusões: A TAP isolada e em combinação com enemas de messalazina/sucralfato constitui uma abordagem simples e eficaz no tratamento destes doentes. Na nossa série, verificou-se uma diminuição do número médio de sessões e de complicações comparativamente com outros estudos.

55. VARIZ DO RECTO: DIAGNÓSTICO ECOENDOSCÓPICO E HEMOSTASE COM CIANOACRILATO

L. Roque Ramos, P. Figueiredo, R. Loureiro, R. Sousa, P. Pinto Marques, J. Freitas

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Garcia de Orta, EPE.

Descreve-se o caso de um homem de 65 anos com cirrose hepática Alcoólica Child-Pugh B e varizes esofágicas sem episódios prévios de hemorragia digestiva. Foi admitido por hematoquezias de sangue vivo com repercussão hemodinâmica e anemia de 4,6 g/dL. Após estabilização e início de perfusão de octreótido foi submetido a fibroscopioscopia na qual se observaram fezes verdes sem sangue no cólon sigmóide e no recto uma estrutura tubular que desaparecia com a insuflação, com diminuta área elevada, que se confirmou tratar-se de uma variz rectal por ecoendoscopia. Procedeu-se a injeção de 1 cc de uma mistura 1:1 de N-butil-2-cianoacrilato e lipiodol no cordão varicoso sem intercorrências. Após 2 meses repetiu-se ecoendoscopia onde foi evidente a obliteração completa da variz. As varizes do recto surgem em 40% dos doentes com hipertensão portal, contudo, raramente são responsáveis por hemorragia digestiva, não existindo uma abordagem terapêutica padronizada. Apresenta-se este caso, não só pela sua raridade, mas também pela iconografia, ilustrativa da utilidade da ecoendoscopia no diagnóstico de varizes do recto e do sucesso terapêutico da injeção de cianoacrilato na hemostase desta lesão.

56. UMA CAUSA SINISTRA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

A. Fernandes¹, N. Almeida¹, A. Oliveira¹, P. Oliveira², V. Carvalheiro², M. Ferreira¹, J.E. Pina Cabral¹, P. Andrade¹, L. Tomé¹, F. Portela¹, C. Sofia¹

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

Introdução: A Hipertensão Portal (HTP) pode ter múltiplas etiologias e diversas manifestações clínicas. Uma forma distinta de HTP, denominada de esquerda ou segmentar, decorre geralmente de processos inflamatórios ou neoplásicos pancreáticos ou peripancráticos, podendo manifestar-se sob a forma de hemorragia digestiva alta (HDA) por rotura de varizes.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 49 anos de idade, com antecedentes de laparotomia exploradora e de paraplegia por enfarte medular, que recorreu ao Serviço de Urgência por HDA. Após estabilização foi realizada endoscopia digestiva que revelou uma “prega espessada” no fundo gástrico. Para melhor caracterização da mesma optou-se pela realização de ecoendoscopia, verificando-se então que esta “prega” correspondia a volumosa variz que, aliás, iniciou hemorragia ativa durante o procedimento, sancionada com injeção de cianoacrilato. Na avaliação etiológica subsequente foi efetuada TC abdominal que revelou uma morfologia atípica da veia esplénica, com exuberante circulação colateral peri-gástrica e peri-esplénica, mas não se conseguindo identificar uma trombose plena deste vaso. O caso foi discutido com os colegas da Cirurgia e da Imagiologia e decidiu realizar-se embolização da artéria esplénica. Aquando da execução da arteriografia esplénica foi identificada uma malformação arterio-venosa, que estaria a condicionar todas as alterações supracitadas. Foi efetuada a respetiva embolização da artéria esplénica, com sucesso aparente.

Conclusões: Este caso clínico, documentado iconograficamente, aborda uma forma diferente de HTP, pouco habitual na prática clínica corrente e cuja investigação etiológica assume alguma complexidade. A abordagem terapêutica não é consensual mas as intervenções angiográficas podem aqui vir a assumir um papel primordial.

57. CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA CONTROLADA ENDOSCOPICAMENTE

P. Sousa, J. Machado, J. Pinho, D. Martins, R. Araújo, E. Cancela, A. Castanheira, P. Ministro, A. Silva

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Mulher de 81 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Deu entrada no serviço de Urgência por choque hipovolémico secundário a hemorragia digestiva (Hb 5 g/dL). Após estabilização hemodinâmica efectuou-se endoscopia digestiva alta, que demonstrou volumoso divertículo na terceira porção do duodeno com sangue luminal, observando-se, após lavagem, pequena proeminência vascular com hemorragia em bamento no decurso do exame. Apesar da instabilidade da ponta do endoscópio, dificultando a realização da técnica, foi possível a injeção de adrenalina e polidocanol com controlo da hemorragia. A doente foi posteriormente internada no serviço de Cirurgia Geral, tendo sido planeada diverticulectomia para tratamento definitivo do quadro após caracterização imagiológica. O procedimento decorreu sem complicações de relevo. Os divertículos duodenais constituem uma causa pouco frequente de hemorragia digestiva. A sua localização na terceira ou quarta porção do duodeno é rara, sendo a maioria assintomáticos. Apesar de estarem já descritos na literatura casos de controlo hemostático por

via endoscópica de hemorragias diverticulares duodenais, a maioria diz respeito a divertículos da segunda porção do duodeno. A importância deste caso reside não só no facto de se tratar de uma complicação rara de uma patologia pouco frequente, mas também no controlo bem-sucedido da hemorragia através de um procedimento endoscópico tecnicamente difícil, o que evitou uma cirurgia de carácter urgente numa doente de elevado risco cirúrgico (ASA III).

58. CAUSA RARA DE ANEMIA

H. Lomba-Viana¹, A. Correia¹, J. Pires¹, G. Gonçalves², P. Campos²

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Medicina Interna, Hospital Militar D. Pedro V, Porto.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 59 anos de idade que recorreu ao Serviço de Urgência com queixas de astenia, dispneia de esforço de instalação progressiva nos últimos 2-3 meses e edemas dos membros inferiores. Analiticamente apresentava à entrada hemoglobina de 9,6 g/dl, VS-105, PCR-41, γ GT-615U/l e LDH-617 U/l. Efetuou no SU: RX tórax que mostrou infiltrado micronodular bilateral e ecografia abdominal que revelou fígado globoso com metastização difusa. Realizou de seguida uma endoscopia digestiva alta que detectou na parede gástrica múltiplas lesões nodulares em forma de “vulcão”, a sugerir o diagnóstico de metástases gástricas de melanoma. Questionado sobre a existência de um antecedente etiológico deste tipo, o doente revelou ter sido submetido a exérese cirúrgica de lesão pigmentar na região escapular direita dois anos antes. O resultado histológico e imunohistoquímico das biópsias efectuadas às lesões gástricas mostrou positividade para PS100 e HMB-45 e ausência de marcação para AE1/AE3, achados compatíveis com o diagnóstico de melanoma maligno. A lesão da pele retirada previamente e inicialmente classificada como nevo juncional, foi revista e classificada novamente, mas agora como melanoma “in situ”. Efetuou TAC toraco-abdomino-pelvico que mostrou extensa metastização pulmonar bilateral, com áreas de linfangite carcinomatosa, envolvimento pleural à direita, hepático, esplénico e evidência de implantes peritoneais. O doente foi proposto para quimioterapia com dacarbazina em monoterapia. Apesar da medicação, houve um agravamento progressivo e rápido do estado clínico do doente, instalação de insuficiência renal, necessidade de hemodiálise, dispneia intensa e edemas marcados de ambos os membros inferiores até à raiz da coxa, vindo a falecer 4 meses após o diagnóstico.

59. HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA RARA

A. Nunes^{1,2}, L. Ricardo^{1,3}, A. Gonçalves¹, A. Valente¹, A. Palma¹, P. Alexandrino¹, J. Velosa¹

¹Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia e Hepatologia, Serviço de Hepatologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ²Serviço de Gastrenterologia do Hospital Garcia de Orta. ³Serviço de Gastrenterologia do Hospital Fernando de Fonseca.

Doente do sexo masculino, 57 anos, com diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidémia, síndrome vertiginosa e hábitos alcoólicos activos, polimedicado sem cumprimento da terapêutica, internado por hemorragia digestiva alta, coma hiperosmolar, diabetes mellitus descompensada, lesão renal aguda e síndrome de privação alcoólica. Foi submetido a endoscopia di-

gestiva que mostrou, desde o esfíncter esofágico superior até ao terço distal esofágico, mucosa de aspecto necrosado com coloração negra, de forma circunferencial e contínua; no terço distal identificaram-se áreas de mucosa íntegra em cerca de metade da circunferência delimitando ulceração extensa e profunda de fundo negro e bordos elevados, sem sangue no lúmen esofágico. Detectou-se escassa quantidade de sangue digerido no estômago e gastropatia erosiva do antro e corpo distal. O doente evoluiu clinicamente bem com terapêutica médica, não se verificando recidiva hemorrágica. As glicémias foram regularizadas, a lesão renal aguda regrediu e houve normalização do estado de consciência. As biópsias esofágicas identificaram esófago de Barrett e estruturas filamentosas morfológicamente compatíveis com *Actinomyces*. O esófago negro caracteriza-se pela pigmentação negra da mucosa e alterações histológicas de necrose, sendo a diabetes mellitus e o consumo de álcool factores predisponentes. A sobreinfecção por *Actinomyces* é muito rara e está descrita em doentes imunodeprimidos e com doença neoplásica, sob tratamento com quimioterapia.

60. AVALIAÇÃO DO BALÃO INTRA-GÁSTRICO PARA A PERDA DE PESO PRÉ-OPERATÓRIA NO BYPASS GÁSTRICO EM Y-ROUX

N. Veloso¹, S. Pires¹, J. Dinis Silva¹, C. Manuel², R. Senhorinho², J. Patrício², L. Gonçalves¹, R. Godinho¹, C. Viveiros¹, I. Medeiros¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Espírito Santo, Évora.

Objetivo: O balão intra-gástrico (BIG) está indicado como terapêutica transitória na cirurgia bariátrica, nos superobesos, índice de massa corporal (IMC) > 50 Kg/m², para a redução ponderal pré-cirurgia, afim de minimizar o risco anestésico-cirúrgico. Avaliou-se o benefício potencial do BIG no resultado do bypass gástrico, em Y-Roux, laparoscópico (BPGL).

Material: Análise retrospectiva, caso-controlo, de 80 doentes superobesos consecutivos, submetidos a BPGL, entre 2008 e 2012, com colocação de BIG pré-operatório (casos) ou sem colocação (controles). Considerou-se sucesso clínico do BIG, uma perda de peso (PP) ≥ 10%, e sucesso clínico cirúrgico, um excesso de peso perdido (EPP) ≥ 25%. O risco anestésico foi avaliado pelo ASA. Categorizou-se como evento adverso cirúrgico, a conversão para laparotomia, internamento em UCI > 2 dias ou internamento > 15 dias.

Resultados: Incluíram-se 80 doentes (80% sexo feminino; idade média 45.7 anos), 18 casos, 62 controlos. 81.3% apresentavam comorbilidades. O IMC e o excesso de peso inicial médio foi 57,4 Kg/m² e 84,6 Kg nos casos vs 53,1 Kg/m² e 71,1 Kg nos controlos; p < 0,001. Nos casos, o BIG teve colocado em média 191,3 dias, obtendo-se 100% de sucesso, na sua colocação e remoção. Num caso, removeu-se o BIG precocemente por intolerância. O BIG induziu diminuição média do IMC de 9,1 Kg/m², PP média de 26,4 Kg e EPP de 29%, obtendo-se sucesso clínico em 83,3%, diminuição do ASA e melhoria das comorbilidades em 22,2% dos casos. O tempo médio entre remoção do BIG e cirurgia foi de 133,8 dias, obtendo-se ganho ponderal médio de 5,4 Kg. O tempo operatório médio foi inferior no grupo dos casos 118,94 vs 142,6 minutos nos controlos (p < 0,05). Obteve-se sucesso clínico cirúrgico em 100% dos doentes, sem eventos adversos. O EPP médio, casos vs controlos, no “follow-up” aos 6, 12, 18 e 24 meses foi 57,1% vs 51,9% (p > 0,05); 55,5% vs 67,8% (p < 0,05); 54,2% vs 70,9% (p < 0,05); 57,1 vs 70,9% (p < 0,05).

Conclusões: O BIG é um método seguro e eficaz na perda de peso, pré-BPGL nos superobesos, melhorando as comorbilidades, reduzindo o risco anestésico e associando-se a um tempo operatório mais curto.

61. BANDA GÁSTRICA, GRAVIDEZ E PANCREATITE AGUDA: QUE RELAÇÃO?

J. Carvalheiro, J.M. Romaozinho, P. Amaro, M. Ferreira, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Descrição: Doente de 28 anos, grávida de 32 semanas, enviada à nossa instituição por dor abdominal intensa de início súbito, localizada ao abdómen superior e com irradiação dorsal. Referia ainda vômitos e perda ponderal significativa (30% do peso habitual) desde o início da gestação. Ao exame obstétrico apresentava alterações compatíveis com restrição do crescimento fetal intra-uterino e oligoâmnios. Antecedentes de cirurgia bariátrica com colocação de banda gástrica (desinsuflada no início da gravidez), colecistectomia e síndrome depressivo. Objetivamente, destacavam-se dor e defesa à palpação abdominal. Dos parâmetros laboratoriais salientavam-se a elevação dos valores de amilásia (6013 U/L), lipase (1437 U/L), TGP (86 U/L), GGT (140 U/L), FA (179 U/L), BT/BD (2.2/1.4 mg/dL), LDH (278 U/L), lactatos (2.67 mg/dL), hipoalbuminémia (2,2 g/dL) e hipocaliémia (2.2 mEq/L). Ficha lipídica dentro dos parâmetros normais. Estudo imagiológico sugestivo de pancreatite aguda, deslizamento da banda gástrica e esteatose hepática. A intolerância alimentar persistente motivou estudo endoscópico que mostrou estenose marcada da cavidade gástrica (transição corpo/antra), dificilmente transponível pelo endoscópio, provavelmente relacionada com compressão extrínseca pela banda gástrica. Por manutenção dos sinais, sintomas e alterações laboratoriais, foi solicitada reavaliação das equipas cirúrgica e obstétrica. Foi submetida a cesariana clássica e laparotomia exploradora com remoção da banda gástrica para além do tratamento médico da pancreatite aguda. Evolução clínica e laboratorial posterior favorável.

Discussão: A pancreatite aguda na gravidez constitui uma situação rara e potencialmente fatal. No caso descrito, presume-se que o deslizamento da banda gástrica, uma complicação conhecida deste tipo de cirurgia bariátrica, terá sido responsável pelo quadro de intolerância alimentar, desnutrição e restrição do crescimento fetal. Perante o diagnóstico de pancreatite aguda de etiologia indeterminada com evolução pós-cirúrgica favorável, poder-se-á admitir uma eventual associação entre a desinsuflação da banda gástrica, o aumento da pressão intraabdominal e o quadro de pancreatite. Não existem casos semelhantes descritos na literatura.

62. EXISTE UMA DIMINUIÇÃO PROPORCIONAL ENTRE O VALOR DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E DA PCR SÉRICA APÓS A COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-GÁSTRICO

A. Albuquerque, J.A. Sarmento, R.M. Azevedo, P. Cunha, A. Nunes, S. Rodrigues, G. Macedo

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

Introdução: O balão intra-gástrico (BIG) é normalmente utilizado em casos de obesidade mórbida (OM), sobretudo para índice de massa corporal (IMC) superior a 50 kg/m², permitindo a perda de peso e minimizando o risco associado à cirurgia bariátrica. A OM é considerada um estado pró-inflamatório, associado à elevação de marcadores inflamatórios, como a proteína C-reativa (PCR) sérica.

Objetivo: Avaliação da PCR sérica em doentes com OM e sua evolução com a diminuição do IMC após colocação de BIG.

Métodos: Análise retrospectiva de 100 doentes com OM que colocaram BIG no período entre 2007 e 2012. Para a análise foram incluídos os doentes que tinham registo dos valores de IMC e PCR sérica inicial e final, que permaneceram com BIG por um período ≥ 6 meses (n = 58 doentes). O valor de PCR sérica normal foi definido

como 2 e peso médio de 144 ± 28 kg. O valor médio basal da PCR sérica era de 16,5 ± 12,1 mg/L, sendo que apenas 7% dos doentes (n = 4) tinham um valor de PCR sérica normal. Estes doentes permaneceram com o BIG em média 7 ± 1 meses. À data de remoção, constatou-se um decréscimo ponderal de 18 ± 13 Kg, que correspondeu a uma redução média de IMC de 7,3 ± 5,5 kg/m². O valor final médio de PCR sérica foi de 11,8 ± 10,1 mg/L, com uma diminuição média de 4,7 mg/L e no final 10% dos doentes (n = 6) tinham valores normais. A correlação de Spearman permitiu concluir que existe uma proporcionalidade direta entre a diminuição do IMC e da PCR sérica, que foi estatisticamente significativa (r = 0,405, p = 0,002).

Conclusões: A OM está associada a uma PCR sérica elevada e existe uma diminuição proporcional entre o valor do IMC e da PCR sérica após a colocação de BIG.

63. BALÃO INTRA-GÁSTRICO: SEGURANÇA, TOLERÂNCIA E EFICÁCIA A CURTO PRAZO

A. Rodrigues, P. Salgueiro, C. Caetano, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Introdução: A obesidade é uma epidemia mundial, associada a morbilidade importante. O balão intra-gástrico (BIG) tem-se demonstrado um método eficaz para perda de peso, com bons resultados principalmente a curto prazo.

Objetivo: Avaliação dos resultados obtidos com a colocação do BIG no nosso hospital.

Material: Recolha de dados retrospectiva e análise descritiva dos resultados obtidos com a colocação do BIG, nos últimos 6 anos.

Resultados: Foram colocados 52 BIG (excluídos 3 doentes da análise por falta de dados). Dos doentes avaliados, 86% eram mulheres, sendo a média de idades de 40 anos; 43% dos doentes apresentava hipertensão arterial, 41% dislipidemia e 24% diabetes mellitus tipo 2. O índice de massa corporal (IMC) inicial era de 42 Kg/m² (entre 30 e 71 Kg/m²). O balão esteve colocado uma média de 232 dias. Três doentes não toleraram, com necessidade de remoção às 24 h (1 doente) e às 48 h (2 doentes). Num doente registou-se ganho equivalente a 2% do peso corporal e em três não houve variação ponderal. Nos restantes, registou-se uma média de perda de peso de 18% e uma redução média do IMC de 7,2 Kg/m² (entre 1,7 e 22,8 Kg/m²). Não se registaram complicações relacionadas com os BIG. Vinte e dois doentes (45%) foram submetidos a cirurgia bariátrica posterior (bypass gástrico em 68% e gastrobando-plastia nos restantes). A mediana do tempo decorrido entre a retirada do balão e a cirurgia foi de 4,5 meses (mínimo de 15 dias e máximo de 44 meses). Uma doente está inscrita para realização de bypass gástrico.

Conclusões: A nossa série demonstra que o BIG é um método seguro, relativamente bem tolerado e eficaz no tratamento da obesidade. O BIG apresenta sucesso essencialmente a curto prazo, sendo utilizado principalmente como ponte para cirurgia bariátrica de forma a reduzir os riscos nesta população obesa.

64. TUBERCULOSE INTESTINAL COMO IMPORTANTE CAUSA DE MORBIMORTALIDADE NA TUBERCULOSE DISSEMINADA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Martins, S. Costa, J. Figueiredo, M.R. Silva, P. Marcelino, J. Oliveira

Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital Curry Cabral, Unidade de Cuidados Intensivos.

A tuberculose extrapulmonar representa 50% dos casos tuberculose em indivíduos com infeção VIH. A tuberculose intestinal representa a sexta forma mais frequente de tuberculose extrapul-

monar. Os autores apresentam o caso de um homem de 33 anos, com antecedentes de co-infecção VIH 1/VHC tendo abandonado terapêutica anti-retroviral há um ano. Recorreu à urgência por quadro com 2 semanas de evolução de febre, adinamia, anorexia, perda de peso, dor abdominal e hematoquêsias. Analiticamente com pancitopenia, disfunção hepática de padrão colestático e PCR elevada. Dos restantes exames na admissão de realçar a TC tórax que revelou infiltrados peri-brônquicos e centro-lobulares coalescentes; incontáveis micronódulos e adenopatias mediastínicas. Iniciou antibioterapia com piperacilina e cotrimoxazol, mas por quadro de falência respiratória global é entubado, ventilado e transferido para a nossa Unidade. Realizou entretanto BF cujo LBA foi positivo para BAAR com isolamento de *M. tuberculosis* nas secreções brônquicas. Iniciou terapêutica anti-bacilar. Para esclarecimento do quadro abdominal realizou TC abdominal que revelou hepatomegalia sem lesões focais, esplenomegalia com múltiplos nódulos hipocaptantes, ascite ligeira, espessamento da parede cólica direita e transversa e adenopatias lomboaórticas e mesentéricas. A colonoscopia mostrou sangue em todo o cólon, deformação do cego e válvula ileocecal com formações pseudopolipóides; a biópsia mostrou granulomas com necrose caseosa e presença de bacilos na coloração de Ziehl-Nielsen. Durante o internamento, apesar da franca melhoria respiratória teve múltiplos episódios de hematoquesias maciças com instabilidade hemodinâmica e necessidade de múltiplo suporte transfusional e vasopressor. Com este caso, os autores pretendem sublinhar a importância do envolvimento digestivo na tuberculose disseminada na forma em que este pode condicionar elevada morbimortalidade.

65. IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: CARACTERIZAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS

A. Santos, J.M. Romãozinho, E. Faria, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A imunodeficiência comum variável (IDCV) é uma imunodeficiência primária, de etiologia desconhecida, caracterizada por hipogamaglobulinémia, que se associa a infecções bacterianas recorrentes e incidência aumentada de doenças auto-imunes, granulomatosas e neoplásicas. As queixas do foro gastrointestinal, atingem cerca de metade dos doentes, em algum ponto da evolução da sua doença.

Objetivo: Caracterização das manifestações gastrointestinais de um grupo de doentes com o diagnóstico de IDCV.

Métodos: Análise retrospectiva das manifestações gastrointestinais apresentadas por 6 doentes com o diagnóstico de IDCV, seguidos num hospital terciário. Consideramos as variáveis clínicas e demográficas com valor diagnóstico e prognóstico. Foram revistas as abordagens diagnósticas e terapêuticas.

Resultados: A amostra é composta por um total de 6 doentes. H/M: 4/2. Idade média ao diagnóstico de IDCV é de 36,6 anos. O tempo médio mediado entre o início dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico foi de 12 anos. As manifestações clínicas iniciais da doença foram: infecções respiratórias de repetição (n = 4), otites de repetição (n = 1) e diarreia crónica (n = 1). 4 dos 6 doentes, apresentaram queixas digestivas: 1 como forma de apresentação da doença e 3 ao longo do período de *follow-up* após o diagnóstico. A manifestação gastrointestinal mais comum foi a diarreia crónica associada a giardíase. Em 2 doentes foram isolados quistos de giardia no exame parasitológico fecal e em 1 doente no exame histológico, com melhoria com o tratamento antiparasitário e com a terapêutica de substituição com Imuno-

globulina. As principais alterações na endoscopia digestiva alta/biópsias endoscópicas: hiperplasia nodular linfóide (n = 3), atrofia vilositária (n = 2), linfangiectasia duodenal (n = 1) e adenoma gástrico (n = 1).

Conclusões: Embora o Médico Gastreenterologista se encontre raramente envolvido no diagnóstico e assistência inicial de doentes com síndromes de imunodeficiências primárias, deve estar familiarizado com este tipo de patologia devido às múltiplas implicações produzidas no sistema gastrointestinal.

66. UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL DE DOR ABDOMINAL

A.M. Oliveira, C. Rodrigues, L. Santos, L. Milheiro, A. Martins, J.R. Deus

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino de 74 anos com dor abdominal tipo moimha, localizada no hipogastro, com 5 anos de evolução, associada a obstipação crónica de agravamento recente. Apresentava avaliação laboratorial, ecografia abdominal e pélvica e colonoscopia total sem alterações. Fez terapêutica com antiespasmódicos associada a medidas dietéticas, sem melhoria clínica, pelo que realizou tomografia computadorizada abdómino-pélvica que mostrou espessamento do íleo terminal. Repetiu colonoscopia com ileoscopia, observando-se abaulamento regular no íleo terminal que não se conseguiu ultrapassar, revestido por mucosa normal e histologicamente sem alterações. A entero-ressonância foi sugestiva de mesenterite inespecífica com edema da raiz do mesentério e alguns pequenos gânglios no seu interior, mas não revelou alterações das ansas do delgado. Apresentava serologias para doença de Crohn (ASCA) e doença celíaca negativas. A subsequente enteroscopia por videocápsula revelou, ao longo do jejuno e íleo, padrão de linfangiectasia difusa e áreas segmentares pseudopolipóides esbranquiçadas. Através de enteroscopia de impulsão com colonoscópio pediátrico, efetuaram-se biópsias do jejuno proximal cuja histologia revelou proliferação linfóide neoplásica de padrão folicular positiva para CD20, CD 10, bcl2, bcl6 e negativa para CD3, CD5, CD23, observando-se 5 blastos/1 campo de grande ampliação, permitindo o diagnóstico de linfoma folicular grau 1. A investigação adicional classificou a doença no estadió II2 (Classificação de Lugano). Mielograma sem infiltração pelo linfoma. Foi referenciado à Consulta de Hematologia, que adotou a estratégia de “watch and wait”. Encontra-se no terceiro mês de vigilância, mantendo episódios ocasionais de dor abdominal, que a persistirem apesar das medidas dietéticas instituídas, serão indicação para início de quimioterapia. Os autores apresentam o caso clínico supracitado não só pelo facto do linfoma primário do intestino delgado ser uma entidade rara, mas também por ter constituído um desafio diagnóstico de abordagem de dor abdominal.

67. ACHADO ENDOSCÓPICO POUCO FREQUENTE DE UMA PATOLOGIA COMUM

J. Carvalheiro, A.M. Ferreira, D. Gomes, S. Mendes, M. Ferreira, P. Amaro, J.M. Romãozinho, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Descrição: Doente do sexo masculino, de 82 anos, obeso, com antecedentes de patologia cardiovascular, medicado com AAS 100 mg id, admitido por quadro de hematoquêsias e astenia com 1 dia de evolução. O exame objetivo evidenciava palidez cutâ-

neo-mucosa, taquicardia (FC 106 bpm), hipotensão (96/58 mmHg), abdômen indolor à palpação e testemunharam-se perdas significativas de sangue vivo. Analiticamente destacava-se um valor de Hb de 7,2 g/dL. Foi instituída terapêutica médica de suporte conseguindo-se uma estabilização hemodinâmica eficaz. Posteriormente foi realizada colonoscopia total tendo sido identificada proeminência vascular no fundo de saco de um divertículo localizado no ângulo hepático. Efetuou-se hemostase endoscópica através da injeção de 6 cc de adrenalina diluída (1:20000) em redor do vaso e 0,4 cc de álcool absoluto ao nível da protuberância vascular. Seguidamente foi colocado hemoclip a envolver a lesão. O procedimento decorreu sem intercorrências e não se registaram novas perdas hemáticas. Verificou-se uma evolução clínica e analítica favorável.

Discussão: A hemorragia de origem diverticular constitui uma causa comum de hemorragia digestiva baixa. Cessa espontaneamente na maioria dos casos, mas assume proporções significativas numa menor percentagem de doentes. Apesar de a colonoscopia constituir o exame de eleição para diagnóstico e tratamento desta patologia, a identificação de estigmas de hemorragia diverticular ocorre numa pequena percentagem de casos. Este caso, pretende ilustrar a eficácia da terapêutica endoscópica num doente com hemorragia diverticular confirmada.

68. UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL

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

Hospital de Braga.

Material: Os autores descrevem um caso de angioedema visceral isolado induzido por IECA.

Resultados: Mulher de 47 anos recorreu ao hospital por quadro de instalação súbita de dor abdominal intensa, náuseas e vômitos. Como antecedentes pessoais referia hipertensão arterial, estando medicada com lisinopril desde há 3 dias. No serviço de urgência apresentava-se apirética, hemodinamicamente estável, sem estridor ou edema facial e o exame abdominal revelava dor na palpação peri-umbilical sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente apresentava uma discreta elevação da PCR (6.45 mg/L), sem outras alterações. Realizou ecografia abdominal que documentou pequena quantidade de ascite e TC abdominal que revelou espessamento da parede intestinal de ansa mesogástrica, com ingurgitamento dos vasos mesentéricos e adenopatias mesentéricas. Os níveis séricos dos fatores do complemento C1 e C4 eram normais. Foi diagnosticado angioedema visceral isolado induzido por IECA. A doente suspendeu o lisinopril com resolução clínica em 36h.

Conclusões: O angioedema é uma complicação rara dos IECA's (0,1 a 0,7%), manifestando-se sobretudo como angioedema periférico (face e pescoço). Apresenta-se um caso de angioedema intestinal isolado, que embora de ocorrência rara, deverá ser considerado nos doentes medicados com estes fármacos.

69. ACHADO INESPERADO NUMA ECOENDOSCOPIA

C.G. Rodrigues, J.M. Pontes, V. Nunes, J.R. Deus

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Descrição: Doente do sexo masculino, 36 anos com antecedentes de pancreatite aguda alcoólica complicada com pseudoquisto pancreático corpo-caudal com 9 cm de maior eixo, em abstinência alcoólica desde essa altura. Oito meses após o episódio de pancreatite aguda desenvolveu quadro de dor abdominal epigástrica,

recorrente, que motivou a sua ida ao Serviço de Urgência por várias vezes. A reavaliação imagiológica por TC mostrou que o pseudoquisto pancreático mantinha as mesmas dimensões, empurrando anteriormente o estômago, e que existiam sinais de hipertensão portal esquerda por marcado efeito compressivo da veia esplênica pelo pseudoquisto, pelo se programou drenagem transgástrica guiada por ecoendoscopia. A ecoendoscopia revelou a existência de uma estrutura vascular (sinal doppler positivo) no interior do pseudoquisto, não identificada na TC, e evidência de hemorragia intra-quística. Além disso, foi observado sangue vivo no lúmen duodenal, documentando-se hemorragia de baixo débito a partir da papila de Vater (*hemorrhage pancreatitis*). O doente manteve-se hemodinamicamente estável mas verificou-se descida de 1,5 g/dL do valor de hemoglobina. Foi realizada angiografia de urgência, que não revelou alterações, e proposta terapêutica cirúrgica urgente, mas o doente recusou qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico adicional e teve alta a pedido. Duas semanas depois recorreu novamente ao Serviço de Urgência por dor abdominal. Fez TC abdominal que identificou na parede do pseudoquisto projeção papilar com foco central de realce isodenso com as estruturas vasculares, compatível com vaso, sem evidência de hemorragia ativa. Efetuou-se terapêutica cirúrgica programada, que decorreu sem complicações.

Justificação: Descreve-se um caso raro de hemorragia de pseudoquisto pancreático diagnosticada por ecoendoscopia. Salienta-se a importância deste método de imagem na avaliação prévia à drenagem dos pseudoquistos e no apoio a este procedimento, para redução do risco de complicações. Apresenta-se detalhada iconografia endoscópica e imagiológica.

70. ALERGIA AO GLÚTEN - UMA ENTIDADE INDEPENDENTE DA DOENÇA CELÍACA

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

Centro Hospitalar Leiria-Pombal.

O glúten é a principal proteína constituinte do trigo. Estão descritas três reações patológicas ao glúten: alérgica (alergia ao trigo), auto-imune (doença celíaca, dermatite herpetiforme e ataxia) e relacionada com a imunidade inata (sensibilidade ao glúten). A prevalência de alergia ao trigo é de 0,5%, podendo ocorrer na infância ou na idade adulta como consequência da exposição repetida. Os sintomas gastrointestinais estão associados, maioritariamente, a reações cutâneas e sintomas respiratórios. Homem, 26 anos, pasteleiro desde 2002. Desenvolveu progressivamente, a partir de 2009, sintomatologia compatível com rinite, conjuntivite e asma. Associava os sintomas a exposição à farinha e reconhecia melhoria gradual quando afastado do local de trabalho. Seguido na consulta de imunoalergologia, destacando-se: teste cutâneo de alergia positivo a farinha de trigo (6 mm), IgE total 41,0 UI/mL, IgE farinha de trigo 4,81 KU/l e IgE glúten 2,62 KU/l. Medicado com corticóides e broncodilatadores inalados. Enviado à consulta de gastroenterologia por dor abdominal tipo cólica, diarreia (> 7 deposições moles/dia, sem sangue ou muco) e perda ponderal de 8 kg (13,5% do peso) com 3 meses de evolução. Encontrava-se emagrecido, corado, sem outras alterações, nomeadamente cutâneas e a nível abdominal. No estudo analítico os valores encontravam-se dentro da normalidade (hemograma, cinética do ferro, função da tireóide, anticorpos anti-transglutaminase tecidular, anti-endomísio e anti-gliadina). Mucosa do duodeno, íleo e cólon sem alterações endoscópicas e histológicas. Tomografia computadorizada abdominal e pélvica normal. Dada a história de alergia, recomendou-se a evicção de alimentos com glúten da dieta, verificando-se redução progressiva da sintomatologia e remissão total das queixas. Foi assu-

mido o diagnóstico de alergia alimentar ao glúten e proposta evicção permanente. Pretende-se com este caso realçar o processo de sensibilização progressiva adquirida ao trigo, primeiro por exposição e posteriormente por ingestão, decorrente da doença alérgica. Relembra-se o espectro de doenças relacionadas com a ingestão de glúten.

71. INVAGINAÇÃO INTESTINAL NO ADULTO: MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA CELÍACA

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

Serviço de Gastreenterologia; Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Caso clínico: Homem, de 28 anos, caucasiano, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, referenciado à consulta de Gastreenterologia por quadro clínico com 6 meses de evolução caracterizado por vômitos matinais, perda ponderal e diarreia aquosa, sem sangue ou muco. Ao exame objetivo não apresentava alterações relevantes. Analiticamente destacava-se leucopenia ligeira e elevação das transaminases. A ecografia abdominal mostrou invaginação de ansa do jejuno com edema da parede e aumento da vascularização com aglomerado adenopático associado. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica confirmou a invaginação de ansas do delgado desde a região umbilical até ao hipogastro com espessamento da sua parede, sem outras alterações viscerais. A cultura e o exame parasitológico das fezes, a pesquisa de toxina *Clostridium difficile* e leucócitos, a serologia de HIV, Chlamydia, Salmonella e Yersinia foram negativos. O doseamento dos anticorpos anti-gliadina IgA e IgG, anti-endomísio IgA, anti-transglutaminase tecidual IgA e IgG apresentou títulos fortemente positivos. Na sequência, efectuou-se endoscopia digestiva alta que não revelou alterações da mucosa contudo realizaram-se biópsias duodenais. O estudo anatomopatológico dos fragmentos mostrou atrofia vilositária e hiperplasia das criptas sugestivos de doença celíaca. Introduziu-se dieta semglúten e a evolução clínica do doente foi favorável.

Discussão: A Doença Celíaca (DC) é uma enteropatia crónica frequente embora sub-diagnosticada, com um largo espectro de manifestações clínicas. A invaginação intestinal tem sido documentada como um sinal imagiológico associado à DC mas constitui uma condição rara no adulto, apresentando-se principalmente de uma forma subaguda e transitória. Da revisão bibliográfica realizada, os autores concluíram que a associação entre a invaginação intestinal no adulto e a DC não é casual. Este caso clínico exemplifica não só uma forma menos típica de DC como levanta a necessidade de discutir o seu diagnóstico na presença de invaginação intestinal no adulto.

72. UM PARASITA NA CAVIDADE GÁSTRICA

T. Meira, R. Sousa

Serviço de Gastreenterologia do Hospital Garcia de Orta, Hospital Garcia de Orta.

Homem de 38 anos, natural e residente em Cabo Verde, medicado com anti-helmíntico por suspeita de infecção parasitária, foi referenciado para endoscopia digestiva alta por desconforto epigástrico. No exame, observou-se no corpo gástrico, um parasita vivo de cor leitosa e com cerca de 25 cm de comprimento e 6 mm de diâmetro, sugestivo de se tratar de um *Ascaris lumbricoides*. A mucosa gástrica não apresentava alterações e o parasita foi remo-

vado com ansa. O exame parasitológico confirmou tratar-se de um *Ascaris lumbricoides*. A infestação do tracto digestivo por *Ascaris lumbricoides* afecta cerca de 25% da população mundial, com maior incidência nos países em vias de desenvolvimento. Na maioria dos casos, a infestação é assintomática e o *Ascaris lumbricoides* parasita habitualmente o jejuno e o íleo, sendo rara a sua detecção na cavidade gástrica

73. COLONOSCOPIA COM SEDAÇÃO REALIZADA PELO GASTREENTEROLOGISTA EM DOENTES IDOSOS - AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DE 1 ANO

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE - Leiria.

Objetivo: Os idosos apresentam mais co-morbilidades, estão frequentemente polimedicados e mais susceptíveis a efeitos adversos de fármacos. Pretende-se avaliar a segurança da sedação realizada pelo gastreenterologista na endoscopia digestiva baixa (EDB) em indivíduos idosos (> 65 anos).

Material e métodos: Avaliação prospectiva de 1 ano, da sedação e eventos relacionados numa unidade de endoscopia. Análise estatística comparativa (SPSS 20.0, Teste exacto de Fisher e Mann-Whitney, $p < 0,05$) entre indivíduos idosos e não idosos.

Resultados: Realizados 578 procedimentos (15,4% das EDB totais). Foram consideradas complicações a ocorrência de bradicardia, hipotensão ou hipoxemia que condicionaram intervenção farmacológica ou interrupção do exame. Grupo A (< 65 anos): 356 (61,6%) indivíduos, 64,4% do sexo feminino, idade média de 49,5 anos. Grupo B (> 65 anos): 222 indivíduos, 69,8% do sexo feminino idade média de 73,3 anos. Sedados *ab initio* 90% em ambos os grupos. A maioria das sedações ocorreu em contexto electivo (85,5% grupo A; 90% grupo B). Os procedimentos terapêuticos corresponderam a 18% no grupo A e 25% no grupo B. Em todos foi utilizado midazolam (média 2,9 mg no grupo A e 2,3 mg no grupo B) e na maioria também petidina (71% grupo A e 66,6% grupo B). A dose de midazolam foi superior nos indivíduos do grupo A ($p = 0,000$). Nos idosos, a dose de midazolam foi semelhante no grupo com e sem complicações ($p = 0,134$). A utilização de petidina foi semelhante em ambos os grupos ($p = 0,267$) e não se associou a maior ocorrência de complicações ($p = 0,678$ A; $p = 1,0$ B). A diferença na incidência de complicações entre os grupos (2% grupo A; 4,2% grupo B) não foi estatisticamente significativa ($p = 0,191$).

Conclusões: A sedação realizada pelo gastreenterologista é segura, com reduzida incidência de complicação. A dose de midazolam utilizada nos idosos deve ser menor, para evitar o possível maior número de complicações neste grupo.

74. GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA EM DOENTES ONCOLÓGICOS: ANÁLISE DE COMPLICAÇÕES

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

Serviço de Gastreenterologia, IPOFG Coimbra.

Introdução: A Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) é um procedimento seguro mas não isento de complicações. A taxa de complicações em doentes oncológicos pode variar entre 20 a 35%, sendo superior à dos restantes doentes com indicação para PEG.

Objetivo: Avaliação de complicações após colocação de PEG.

Material e métodos: Estudo retrospectivo em doentes com tumores da cabeça e pescoço submetidos à colocação de PEG, entre Maio de 2010 e Fevereiro de 2013. Analisados parâmetros demográficos, analíticos, terapêutica oncológica efetuada e registadas as complicações e *follow-up* para cada procedimento. A análise estatística foi feita usando o SPSSv20.

Resultados: Foram efetuados 65 procedimentos em 62 doentes: 93,5% do sexo masculino, média etária $58,6 \pm 12,6$ anos. O tempo de *follow-up* médio foi de 128 ± 94 dias. Registadas complicações em 19 procedimentos (29,2%), sendo 17 complicações minor (entre as quais 8 infeções peri-estomais-12,3% - e 5 remoções acidentais-7,7%), e 2 complicações major (abscesso da parede abdominal e fístula gastrocutânea após remoção). Não se verificou qualquer caso de morte relacionada com a colocação de PEG. Em análise multivariada identificaram-se dois de fatores preditivos independentes de complicações ($p < 0,05$): idade superior do paciente (56 vs 64 anos, OR = 1,05; IC 95%: 1,003-1,101) e realização prévia de algum tipo de terapêutica oncológica (OR = 4,75; IC 95%: 1,15-19,59).

Conclusões: Na nossa série registou-se uma taxa global de complicações após colocação de PEG de 29,2%, o que se situa dentro dos valores publicados na literatura, verificando-se uma taxa de complicações maior de 3,1% e ausência de mortalidade. Apesar do número reduzido de doentes, estes resultados sugerem que poderá haver benefício na colocação de PEG previamente ao início da terapêutica oncológica.

75. GASTROSTOMIA CIRURGICA NA ERA DA GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA: AVALIAÇÃO DE 13 ANOS E 543 GASTROSTOMIAS

G. Oliveira, C.A. Santos, J. Fonseca

Hospital Garcia de Orta, Serviço de Cirurgia; Serviço de Gastroenterologia; GENE-Grupo de Estudo de Nutrição Entérica.

Introdução: A gastrostomia é a referência para a nutrição entérica de longa duração. Desde a introdução da gastrostomia endoscópica (PEG), em 1980, a PEG tornou-se o procedimento de referência e a gastrostomia cirúrgica (GC) tornou-se a exceção. O objetivo deste estudo foi avaliar a utilização da GC num centro com larga experiência com a PEG.

Material e métodos: Recolheram-se dados de adultos gastrostomizados entre 01.01.2000 e 31.12.2012, os submetidos a GC através de pesquisa pelo código ICD-9 43.19, os submetidos a PEG usando os registos do Grupo de Estudo de Nutrição Entérica. Recolheram-se: idade, sexo, diagnóstico, indicação para gastrostomia, técnica usada, cirurgia primária, complicações e mortalidade aos 30 dias. Excluíram-se doentes < 18 anos ou com registos incompletos.

Resultados: Identificaram-se 543 adultos gastrostomizados, 509 PEG e 34 GC. As GC constituíram 6% do total. Destes 34, 7 foram excluídos pelos registos incompletos. A maioria das GC, 27 com registos completos, foi efetuada por neoplasia, sobretudo da cabeça e pescoço. Oito foram submetidos a GC laparoscópica e 19 a cirurgia aberta. Destes 19 procedimentos abertos, 13 foram efetuados como parte de procedimentos mais complexos, em intervenções cirúrgicas urgentes. As complicações da GC incluíram deiscência com peritonite em 2 doentes e infeção da ferida cirúrgica em 3. A Mortalidade aos 30 dias foi de 13,4% na PEG e 22,2% na GC.

Conclusões: Sendo a PEG o método de referência para a gastrostomia a GC correspondeu apenas a uma pequena parte dos doentes. Cerca de metade das GC foram efetuadas no quadro de cirurgia mais complexa. As GC isoladas foram usadas sobretudo em doentes com neoplasia da cabeça e pescoço e maioritariamente efetuadas por laparoscopia. A mortalidade da GC aos 30 dias foi

superior à da PEG, provavelmente reflexo da maior complexidade dos doentes.

76. INFECÇÕES CUTÂNEAS COMO COMPLICAÇÃO DE GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA (PEG): ESTUDO MICROBIOLÓGICO

D. Carvalho, T. Capela, M. Costa, P. Russo, M.J. Silva, J. Saiote, J. Barbosa, M. Mendes

CHLC - Hospital Santo António dos Capuchos, Serviço de Gastroenterologia.

Introdução: A PEG tornou-se o meio preferencial para assegurar a alimentação entérica em doentes com disfagia prolongada. Embora segura, podem ocorrer complicações. As infeções cutâneas são as mais comuns, sendo fundamental tratamento e profilaxia eficazes. Este estudo pretende caracterizar o padrão microbiológico das infeções cutâneas associadas à colocação de PEGs, com base na experiência do nosso centro.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com colocação de PEGs entre 01/01/2008 e 31/12/2012. Análise descritiva, com caracterização demográfica do grupo. Análise das infeções pericirúrgicas (ocorridas até 1 semana após a colocação de PEG inicial), precoces (até 1 mês após colocação de PEG inicial) e tardias (> 1 mês após colocação de PEG, com fístula formada).

Resultados: Trataram-se 72 doentes, 45 homens, com idade média de 62,5 anos. Doença neurológica motivou colocação de PEG em 79% (39% por AVC, 16% por hemorragia intracraniana, 14% esclerose lateral amiotrófica), oncológica ORL em 18%, outras em 3%. Todos fizeram profilaxia com cefalosporinas de 3ª geração. Excluídos 6 doentes por vigilância < 1 mês. Efetuou-se *follow-up* completo em 66. Dentro das infeções pericirúrgicas um doente com abscesso intra-abdominal, submetido a cirurgia. Nas infeções precoces registaram-se 6 superficiais, duas tratadas com antibioterapia (AB) injectável, duas com AB oral, e duas com medidas tópicas. Isolaram-se 2 MRSA, 2 MSSA e 1 *Pseudomonas*. Nas infeções tardias houve 4 celulites periestomia, 3 delas nosocomiais e 20 infeções superficiais da ferida cutânea, que responderam na sua maioria a medidas tópicas. Isolaram-se 6 MRSA, 5 MSSA, 3 *pseudomonas*, 2 *candida albicans*, 1 *candida tropicalis*, 1 *klebsiella pneumoniae*, 1 *morganella morganii*. MRSA resistente aos macrolídeos, quinolonas e 50% aos aminoglicosídeos. *P. aeruginosa* resistente aos macrolídeos, quinolonas, cefalosporinas de 3ª geração, carbapenemes e aminoglicosídeos.

Conclusões: As infeções cutâneas são comuns após colocação de PEGs, sendo na sua maioria pouco graves e respondendo a medidas tópicas.

77. FACTORES PREDITIVOS DE COMPLICAÇÕES APÓS COLOCAÇÃO DE GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA

M. Antunes¹, S. Velho², J. Torres³, M. Rocha³, C. Noronha¹, J. Araújo¹, L. Glória³, M. Cravo³

¹*Serviço de Medicina Interna, Departamento de Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo.* ²*Serviço de Nutrição e Dietética;* ³*Serviço de Gastroenterologia, Departamento de Cirurgia, Hospital Beatriz Ângelo.*

Introdução: A indicação para colocação de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) é por vezes controversa. A identificação de factores preditivos de complicações permitiria uma melhor seleção dos doentes e diminuição da taxa de complicações.

Objetivo: 1. Descrever complicações precoces (CP) (1º mês pós-PEG), tardias (CT) (após 1º mês) e globais (CG) associadas ao procedimento e 2. Identificar factores preditivos de CP e CG.

Material e métodos: Análise retrospectiva (Fev 2012-Março 2013) de 35 doentes que colocaram PEG. Análise estatística com software R.

Resultados: 35 doentes (18 homens); idade média $78,6 \pm 14,7$ Anos. Indicações para PEG: doença neurológica (19), neoplasias (8), disfagia pós-AVC (6) e outros (2). Registadas 18 complicações em 15 doentes, das quais 67% foram CP. A infecção periestoma foi a CP (6/12) e CT mais frequente (3/6), seguida da mortalidade (CP em 3 e CT em 2 casos). Na análise univariada foram factores preditivos de CP: idade (OR 0,93, $p = 0,025$) e valor de hemoglobina (Hb) (OR 0,42, $p = 0,016$) e de CG a ocorrência de infecção respiratória (OR 12,6, $p = 0,03$). Na análise multivariada ajustada, sexo feminino (OR 0,120, $p = 0,05$) e valor de Hb (OR 0,480, $p = 0,05$) estiveram associados a menor probabilidade de CP; por cada incremento no valor de Hb verificou-se uma redução de 52% do risco de CP. Os doentes com CP apresentaram valores médios de Hb de 10,2 g/dL e os doentes sem CP (valores médios de Hb de 12 g/dL ($p = 0,005$)). Não se identificaram factores preditivos de CG na análise multivariada. A indicação para PEG, IMC, co-morbilidades (DM, insuf. Cardíaca, insuf. renal) e valor de albumina não se relacionaram com complicações.

Conclusões: Neste grupo de doentes as CP foram mais frequentes do que as CT. A infecção periestoma precoce foi a complicação mais frequente. O sexo feminino e valores mais elevados de hemoglobina estiveram associados a menor probabilidade de desenvolver CP.

78. GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA, MÉTODO PULL: A NOSSA EXPERIÊNCIA

P. Sousa, D. Martins, J. Pinho, A. Castanheira, P. Ministro, R. Araujo, E. Cancela, J. Machado, A. Silva

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) tornou-se a modalidade de escolha para providenciar acesso entérico a doentes que necessitem de nutrição entérica a longo termo. O objetivo deste estudo foi avaliar as indicações e complicações associadas ao procedimento.

Métodos: Conduziu-se uma análise retrospectiva de todos os doentes referenciados para colocação de PEG ao longo de um período de 5 anos (07/03/2008 a 08/03/2013), através da revisão dos seus processos clínicos.

Resultados: Identificaram-se 64 doentes (62,5% homens e 37,5% mulheres). A indicação para colocação de PEG foi neoplasia em 47% dos casos, dos quais 20,3% constituíam neoplasias da cabeça e do pescoço e 26,6% neoplasias esofágicas. Disfagia neurológica foi a indicação em 50% dos doentes. Do exterior, por Unidades de Cuidados Continuados, foram referenciados 9,4% dos casos. A taxa de sucesso técnico foi de 97%, tendo sido usado o método *pull* e profilaxia antibiótica em todos os doentes. No tempo total de seguimento (17628 "dias-de-tubo" com tempo médio por doente de 284 dias) verificou-se mortalidade de 59,7%, (4,9% a 1 mês e 36,7% a um ano de seguimento). Nenhum dos óbitos esteve directamente relacionado com a colocação da PEG. Ocorreram 9 complicações maior (5 síndromes *buried bumper* e 4 infecções com necessidade de antibioterapia ev), com internamento em 5 dos casos. Verificaram-se 26 vindas ao serviço de urgência geral por motivos relacionados com a PEG. No período em apreço constatou-se um aumento de 214% de referência para a colocação de PEG. Em 10% dos doentes procedeu-se à remoção do dispositivo, retomando-se a alimentação oral.

Conclusões: A gastrostomia percutânea endoscópica é uma técnica segura, associada a uma baixa morbilidade e cada vez mais utilizada em doentes com necessidade de nutrição entérica a longo termo.

79. FACTORES PREDITIVOS DE MORTALIDADE APÓS COLOCAÇÃO DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA

M. Barbosa, J. Magalhães, C. Marinho, J. Cotter

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

Introdução: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é uma das vias preferenciais de alimentação entérica de longa duração.

Objetivo: Determinar factores preditivos de mortalidade após colocação de PEG.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes que colocaram PEG entre Maio de 2007 e Janeiro de 2013. Variáveis analisadas: sexo, idade, índice de co-morbilidades de Charlson, história de pneumonia de aspiração, indicação para colocação de PEG, tempo de follow-up, mortalidade aos 30, 60 e 180 dias após colocação de PEG e variáveis analíticas: hemograma, ionograma, ureia, creatinina, albumina e proteína C reactiva (PCR). Excluídos doentes sem follow-up. Nível de significância utilizado: 0,05.

Resultados: De entre 190 doentes avaliados, 135 foram incluídos: 69 mulheres, idade média de 73 anos, índice de Charlson 4 de moda e mediana, 71% com pneumonia de aspiração prévia. Indicações para colocação de PEG: doença cerebrovascular (50%), demência (18%), neoplasias (10%) e outras (22%). O tempo médio de follow-up foi de 320 dias, a taxa de mortalidade de 62% e de entre os factores preditivos de mortalidade destacam-se: pneumonia de aspiração ($p = 0,006$), níveis mais elevados de PCR ($p = 0,022$) e leucocitose ($p = 0,005$). A taxa de mortalidade aos 30 dias foi de 19%, e o factor preditivo de mortalidade encontrado foi a existência de níveis mais elevados de ureia ($p = 0,046$). 96% dos doentes tinham follow-up superior a 90 dias e 91% superior a 180 dias, tendo-se verificado taxas de mortalidade de 30% e de 43%, respectivamente, e constatado os seguintes factores preditivos de mortalidade: diabetes mellitus (90 dias: $p = 0,013$; 180 dias $p = 0,040$) e níveis mais elevados de PCR (90 dias: $p = 0,002$; 180 dias: $p = 0,008$).

Conclusões: A mortalidade dos doentes que colocaram PEG foi elevada. A história de pneumonia de aspiração prévia, a diabetes mellitus e níveis elevados de PCR influenciaram significativamente o prognóstico destes doentes. Estes factores devem assim ser tidos em consideração aquando da decisão de colocação de PEG.

80. PÓLIPOS GÁSTRICOS DE MAIORES DIMENSÕES PREDOMINAM NAS MULHERES DE IDADE AVANÇADA ESTANDO ASSOCIADOS A MAIOR RISCO DE HEMORRAGIA

L.C. Meireles, C.N. Ferreira, L.C. Ribeiro, J. Lopes, M.M. Alves, R. Maldonado, N. Fatela, E. Barjas, J. Velosa

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria.

Introdução: Pólipos gástricos são geralmente assintomáticos sendo tipicamente diagnosticados em endoscopia digestiva alta (EDA) realizada por queixas não relacionadas. No entanto, alguns pólipos possuem potencial maligno.

Objetivo: Avaliar o significado clínico de pólipos gástricos removidos por polipectomia com ansa diatérmica. Identificar fatores preditivos de maior risco de complicações e recidiva.

Métodos: Estudo retrospectivo englobando doentes consecutivos que realizaram polipectomias gástricas com ansa diatérmica entre Janeiro 2008 e Dezembro 2012. Analisaram-se dados demográficos, localização, número e tamanho dos pólipos, aspetos histo-

lógicos e complicações de polipectomias. Avaliaram-se a taxa e fatores preditivos de recidiva de pólipos nos doentes com EDA de controlo.

Resultados: Os 191 doentes tinham idade média de 66 ± 14 anos, sendo 126 (60%) mulheres. O tamanho médio dos pólipos foi de 11 ± 7 mm, sendo em 105 (50%) > 10 mm. Verificou-se 148 (78%) eram pólipos sésseis, localizados sobretudo no antro 89 (47%). A maioria eram hiperplásicos 156 (74%), verificando-se 9 (1%) adenomas. A taxa de infeção por *H. pylori* era de 18% (34), metaplasia intestinal 10% (20) e gastrite atrófica 8% (16). Houve necessidade de hemostase em 17 doentes. Apenas 3 doentes foram internados por hemorragia. Foi feita EDA de controlo em 72 doentes (37%), após um tempo médio de 19 ± 12 meses, verificando-se recidiva em 34 (50%). Não documentamos factores associados à recidiva de pólipos. Verificou-se significativamente maior risco de hemorragia nas polipectomias de pólipos > 10 mm ($p = 0,01$).

Conclusões: Os pólipos gástricos ocorreram sobretudo em mulheres de idade avançada sendo estes hiperplásicos em $\frac{3}{4}$ dos casos. A excisão de pólipos com > 10 mm associa-se a maior risco de hemorragia.

81. ADENOCARCINOMA DO BULBO DUODENAL EM SÍNDROME DE LYNCH: UM CASO RARO COM AGRESSIVIDADE SINGULAR

C. Fidalgo¹, I. Rosa^{1,2}, P. Lage^{1,2}, R. Cabrera³, A. Bettencourt⁴, I. Francisco⁵, R. Fonseca³, B. Filipe⁵, J. Parreira², I. Claro^{1,2}, C. Albuquerque⁵, A. Dias-Pereira¹

¹Serviço de Gastrenterologia; ²Clínica de Risco Familiar; ³Serviço de Anatomia Patológica; ⁴Serviço de Cirurgia; ⁵U.I.P.M. Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Caso clínico: Mulher, 71 anos, com diagnóstico de Síndrome de Lynch (SL), portadora de mutação patogénica no gene *MSH2*. Seguida em Consulta de Risco Familiar da nossa instituição, com história prévia de carcinoma urotelial multifocal, aos 65 anos (nefroureterectomia esquerda e quimioterapia adjuvante) e adenocarcinoma endometrióide, aos 69 anos (histerectomia total e anexectomia bilateral). Cumpria vigilância com colonoscopia anual (7 adenomas ressecados até ao presente) e endoscopia digestiva alta (EDA), face à presença de carcinoma gástrico na família, para além da ginecológica e urológica. Em Setembro de 2012, por epigastralgia, efectuou EDA, que revelou lesão vegetante na face posterior do bulbo. Tinha realizado EDA um ano antes, a qual identificou apenas cerca de 30 pólipos sésseis com < 5 mm, no fundo e corpo gástricos (pólipos de glândulas fúndicas, em doente habitualmente medicada com inibidor da bomba de protões). A tomografia computadorizada de estadiamento mostrou uma massa de 3 cm na loca de nefrectomia. A doente foi submetida a gastrectomia subtotal, duodenectomia proximal e ressecção da massa localizada na loca de nefrectomia. O exame anatomopatológico revelou adenocarcinoma (ADC) pouco diferenciado com padrão de células pouco coesas (mucocelular), em adenoma tubulo-viloso, com 3cm de maior eixo, invasão até à submucosa, com invasões linfovculares, metástases ganglionares e na loca da nefrectomia (pT1N2M1-estádio IV). A análise imunohistoquímica mostrou perda de expressão tumoral das proteínas hMSH2 e hMSH6.

Discussão: No SL, apesar do risco de ADC do intestino delgado ser cerca de 100 vezes superior ao da população em geral, esta neoplasia permanece extremamente rara, sobretudo no bulbo duodenal. A invulgaridade deste caso reside não só na localização rara da neoplasia, mas também no facto de se tratar de um ADC mucocelular, pT1, com disseminação ganglionar e à distância, traduzindo

uma agressividade singular. Na revisão da literatura, não encontramos nenhuma descrição semelhante a nível mundial.

82. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE PÓLIPOS DE GLÂNDULAS FÚNDICAS NUMA POPULAÇÃO SOB TERAPÊUTICA PROLONGADA COM INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES

C. Fidalgo, A. Dias Pereira

Serviço de Gastrenterologia Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, EPE.

Introdução: Os pólipos de glândulas fúndicas (PGF) esporádicos são os pólipos gástricos mais comuns. Estudos têm demonstrado que eles são mais prevalentes em indivíduos com história de consumo de IBP do que em populações de controlo, bem como no género feminino e status *Helicobacter pylori*(-). Existe pouca informação sobre o risco de desenvolvimento de PGF em indivíduos sob terapêutica com IBP.

Objetivo: Avaliar a incidência e prevalência de PGF numa coorte de indivíduos submetidos a terapêutica prolongada com IBP.

Material e métodos: Estudo retrospectivo. Coorte prospectivo de doentes com esófago de Barrett integrados em programa de vigilância com endoscopias (EDA) periódicas e com terapêutica com IBP ≥ 12 meses. Inclusão no estudo: 1ª EDA efectuada no contexto do Programa de Vigilância. Diagnóstico de PGF: Pólipo gástrico com diagnóstico histológico de PGF. Doentes com PGF na endoscopia index excluídos da análise. Análise estatística: Mann-Whitney, Fisher's exact

Resultados: 279 doentes (212H;67M); média de idade: 56,8 anos (21-87); Tempo médio de toma de IBP: $7 \pm 5,4$ anos (1-27). Número EDA/doente: 4,2 (2-13). 9 doentes (7H;2M) desenvolveram PGF $8,8 \pm 5,5$ anos após a inclusão (1-17). Incidência de PGF: 4,6 casos por 1000 pessoa-anos de seguimento (IC95% 2,2-8,5). Prevalência de PGF na coorte: 3,2% (9/279). Não se verificaram diferenças significativas nos indivíduos que desenvolveram ou não PGF em relação ao género, idade de inclusão e padrão de toma de IBP. Os doentes com PGF tinham tempo de toma de IBP significativamente mais longo ($p = 0,024$). Os PGF foram mais frequentes nos doentes com tempo de toma de IBP superior a 5 anos (7/167 versus 2/112; $p = ns$).

Conclusões: Baixas incidência e prevalência de PGF nesta coorte de doentes com EB sob terapêutica prolongada com IBP.

83. FOTOGRAFIA DO ADENOCARCINOMA GÁSTRICO NUM CENTRO DE REFERENCIAÇÃO

M. Costa¹, M.J. Silva¹, J. Esteves¹, L. Quaresma¹, A. Pupo¹, G. Silva¹, T. Pimentel¹, G. Silva¹, M. Oliveira¹, F. Cabrita¹, M. Marques¹, L. Bruno da Costa¹, F. Pina², A. Caldeira Fradique¹

¹Unidade de Patologia Esofago-Gástrica do Centro Hospitalar de Lisboa Central. ²Serviço de Radioterapia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

Introdução: A neoplasia gástrica é a quarta mais comum e a segunda causa de morte por cancro no mundo. Em Portugal, a taxa de mortalidade por esta patologia é cerca de 22/100000 habitantes. A maioria das neoplasias gástricas é adenocarcinoma, classificando-se segundo Lauren nos tipos intestinal ou difuso.

Material e métodos: Análise retrospectiva de 144 doentes com adenocarcinoma gástrico dos tipos intestinal ou difuso, discutidos em Reunião Multidisciplinar de Patologia Esofago-Gástrica de um centro de referenciação.

Resultados: Apresenta-se a comparação das características dos doentes com neoplasias dos tipos intestinal ($n = 85$) ou difuso ($n = 59$). Nos doentes analisados, a idade média foi 67 anos e 58,3%

eram homens. A localização distal foi predominante nos dois tipos histológicos. A maioria dos tumores tinha mais de 5 cm: 68,2% e 76,3% dos tumores do tipo intestinal e difuso, respectivamente. O cancro gástrico localizado (estadio IA) foi mais frequente no tipo intestinal; a doença metastática (estadio IV) foi significativamente mais frequente nas neoplasias difusas ($p = 0,016$). CEA, CA19.9 e CA72.4 estavam aumentados em menos de metade dos casos, sem diferenças significativas entre os dois tipos histológicos. O HER2 foi positivo em 23,2% dos tumores tipo intestinal e em 13,8% dos do tipo difuso. “Caderina-E reduzida/ausente” foi significativamente mais comum no tipo difuso (71,4%) do que no tipo intestinal (34,2%) ($p = 0,005$).

Conclusões: Os resultados obtidos nesta amostra nacional são sobreponíveis aos encontrados na literatura. Observou-se uma associação com significância estatística entre o tipo difuso e estadio avançado. Os marcadores tumorais foram frequentemente normais e não contribuíram para a distinção entre tipos histológicos, corroborando as suas limitações como método diagnóstico. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre “Caderina-E reduzida/ausente” e o tipo difuso, o que pode contribuir para a menor coesão celular deste tipo histológico.

84. LEUCEMIA MIELOÍDE CRÓNICA E LINFOMA MALT GÁSTRICO - UMA RARA ASSOCIAÇÃO

M.J. Pereira¹, Z. Romão¹, F.L. Araujo², P. Serra³, L.P. Castro³, C. Sofia¹

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, CHUC. ²Serviço de Hematologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital General, CHUC-HG. ³Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital General, CHUC-HG.

Caso Clínico: Os AA apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 75 anos de idade, com antecedentes de Leucemia mielóide crónica em remissão molecular, com 11 anos de evolução, medicado com Imatinib 400 mg id. Recorre ao serviço de urgência por quadro de melenas, epigastralgias e astenia. Ao exame objetivo destacava-se, palidez da pele e mucosas, estável hemodinamicamente, e sem outras alterações. Analiticamente, hemoglobina de 8,5 g/dL. A endoscopia digestiva alta identificou uma úlcera com cerca de 15 mm, de fundo branco com alguns pontos de hematina, de bordos congestivos e irregulares, com espessamento radial das pregas mucosas adjacentes. O estudo histológico revelou trata-se de um Linfoma não-Hodgkin B da zona marginal extranodal, Linfoma MALT gástrico. O estudo de extensão da doença, nomeadamente a biópsia medular óssea mostrou infiltração medular mínima por doença linfoproliferativa de baixo grau. A TAC cervico-toraco-abdomino-pélvica e a colonoscopia não mostraram alterações. Linfoma MALT gástrico-Estádio IV. Além do tratamento inicial com IBP, efectuou terapêutica de erradicação do *Helicobacter pylori* (Hp) e 6 ciclos de quimioterapia (Qt), com protocolo CHOP, constatando-se resposta favorável à mesma. A reavaliação endoscópica após o 3º ciclo de Qt, revelou duas úlceras gástricas, em fase de cicatrização, cujas biópsias revelaram ausência de neoplasia e de infecção por Hp. Após o término do 6º ciclo, a endoscopia digestiva alta não mostrou alterações da mucosa gástrica. Actualmente, o doente encontra-se sem anemia e em vigilância hematológica e endoscópica regular.

Conclusões: O Linfoma MALT Gástrico é uma entidade pouco comum na prática clínica diária, com incidência estimada de 0,4-0,9 casos por 100000 pessoas. Por sua vez, a sua associação com a Leucemia mielóide crónica é uma situação clínica extremamente rara, pouco descrita na literatura. Salienta-se a relevância deste caso pela sua raridade e pela iconografia endoscópica e histológica recolhida.

85. ESTUDO PROSPECTIVO A COMPARAR DIFERENTES SOLUÇÕES DE POLIETILENOGLICOL E PICOSULFATO DE SÓDIO NA PREPARAÇÃO PARA COLONOSCOPIA

M. Bispo, G. Couto, I. Almeida, T. Bana e Costa, J. Félix, R. Rio Tinto, P. Pinto Marques, E. Pires, F. Mateus, P. Alvarez, M.J. Pinto, D. Serra

Centro de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva, Hospital da Luz, Lisboa.

Objetivo: 1. Comparar a qualidade da preparação intestinal com uma solução de polietilenoglicol (PEG) de volume standard (Klean-prep®), uma solução de PEG de baixo volume (Moviprep®) e uma solução de picosulfato de sódio (Citrafleet®), em colonoscopia eletiva; 2. Comparar a taxa de detecção de adenomas com as diferentes preparações; 3. Analisar a qualidade da preparação intestinal dependendo do intervalo de tempo entre a preparação e a colonoscopia; 4. Analisar a tolerabilidade/ocorrência de efeitos adversos.

Métodos: Estudo prospectivo, randomizado, unicêntrico, cego para o endoscopista, que incluiu doentes submetidos a colonoscopia total, electiva, num período de 3 meses. Os doentes foram randomizados (num ratio 1:1:1) para um dos 3 regimes de preparação. Com excepção da solução utilizada, o protocolo da preparação foi semelhante entre os grupos. Na análise da qualidade da preparação foi utilizada a escala de Ottawa. Foi fornecido um questionário de escolha múltipla, avaliando a adesão, tolerabilidade e ocorrência de efeitos adversos.

Resultados: Foram analisados 811 doentes, divididos em 3 grupos (Klean-prep, $n = 272$; Moviprep, $n = 262$; Citrafleet, $n = 277$), com características basais semelhantes. A qualidade da preparação (global e analisada por segmentos cólicos) foi semelhante entre os 3 grupos. A taxa de detecção de adenomas foi de 27,4%, sem diferença significativa nos 3 grupos. Na análise da qualidade da preparação dependendo do momento da colonoscopia, constatou-se que a qualidade foi significativamente superior quando a preparação foi realizada no dia do exame. O Moviprep foi melhor tolerado do que o Klean-prep e pior tolerado do que o Citrafleet. A ocorrência de náuseas/vómitos foi mais frequente nos grupos Klean-prep e Moviprep. No grupo Citrafleet registou-se maior incidência de cólicas abdominais.

Conclusões: Não se registaram diferenças significativas na qualidade da preparação intestinal entre as soluções analisadas. A qualidade da preparação intestinal foi significativamente superior nos doentes que realizaram a preparação no mesmo dia da colonoscopia.

86. LESÕES SUBEPITELIAIS DO TUBO DIGESTIVO INFERIOR E ECOENDOSCOPIA

D. Ferreira, F. Castro-Poças, P. Lago, T. Moreira, R. Pimentel, I. Pedrote

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

Introdução: Os estudos sobre o papel da ecoendoscopia (EE) na abordagem de lesões subepiteliais (LSE) do tubo digestivo inferior são escassos.

Objetivo: Determinar a utilidade da EE na avaliação das LSE do tubo digestivo inferior.

Métodos: Análise das 53 EE consecutivas realizadas no período de 1/9/2009 a 30/7/2012 em que esta revelou a presença de lesão parietal do tubo digestivo inferior.

Resultados: Realizadas 1668 EE no período em análise, caracterizadas 319 LSE, 53 das quais do tubo digestivo inferior. 41 (77%) do cólon e 12 (23%) do recto. Camada de origem: *muscularis mucosae* $n = 1$ (1,9%), submucosa $n = 32$ (60,4%), *muscularis* própria $n = 17$ (32,1%), várias camadas $n = 2$ (3,8%), dúvida quanto camada de origem $n = 1$ (1,9%). Aspecto EE: anecóico $n = 2$ (3,8%), hipocóico $n =$

11 (20,8%), hiperecócico n = 21 (39,6%), misto predominantemente hipoeecócico n = 13 (24,5%), misto predominantemente hiperecócico n = 5 (9,4%). Contornos: regulares n = 37 (69,8%). Limites: bem definidos n = 36 (67,9%). Tamanho: ≤ 5 mm n = 1 (1,9%), > 5 mm e ≤ 10 mm n = 5 (9,4%), > 10 mm e ≤ 20 mm n = 20 (37,7%), > 20 mm e ≤ 30 mm n = 19 (n = 35,8%), > 30 mm e ≤ 40 mm n = 2 (3,8%), > 40 mm n = 6 (11,3%). Diagnóstico sugerido pela EE: Tumor mesenquimatoso n = 9 (17%), lipoma n = 28 (53%), lipoma atípico n = 1 (1,9%), tumor carcinóide n = 3 (5,7%), tumor mesenquimatoso/carcinóide n = 2 (3,8%), tumor mesenquimatoso/endometriose n = 6 (11%), lesão cística da submucosa n = 3 (5,7%). Apenas 2 lesões apresentavam características EE de agressividade, ambos localizados no recto. No que respeita aos lipomas, 85% localizava-se no cólon (27% destes no cólon ascendente) e 15% no recto. Orientação sugerida após a EE: sem indicação para *follow-up* n = 23 (43,4%) todas sugestivas de lipomas, vigilância EE n = 8 (15,1%), PAAF n = 3 (5,7%), exérese cirúrgica n = 1 (1,9%). Apenas 6 doentes efectuaram vigilância EE: em 2 ocorreram alterações EE tendo sido sugerida exérese cirúrgica. Realizada PAAF em 4 lesões que foi conclusiva em 1 doente.

Conclusões: A maioria das LSE do tubo digestivo inferior localizam-se no cólon e apresentam aspecto EE sugestivo de lipomas dispensando *follow up* após realização de EE.

87. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DISTINTAS ENTRE FAMÍLIAS COM E SEM MUTAÇÃO NOS GENES MLH1 E MSH2 SUGEREM DIFERENÇAS NA PROGRESSÃO TUMORAL

I. Francisco¹, C. Albuquerque¹, B. Filipe¹, P. Lage^{2,3}, I. Claro^{2,3}, S. Ferreira^{2,3}, I. Rosa^{2,3}, P. Rodrigues², P. Chaves⁴, A. Dias Pereira³

¹UIPM; ²Clínica de Risco Familiar; ³Serviços de Gastrenterologia;

⁴Serviço de Anatomia Patológica, IPOLFG, EPE.

Introdução: O síndrome de Lynch (SL) caracteriza-se pela presença de uma mutação germinal num dos genes de reparação de erros do DNA do tipo *mismatch*¹, sendo os mais frequentemente mutados, *MLH1* e *MSH2*. A pesquisa de mutações nestes genes é efectuada em famílias com cancro do cólon e recto hereditário não associado a polipose, que se caracteriza pelo preenchimento dos critérios de Amsterdão (CA) ou em indivíduos que preenchem os critérios de Bethesda e cujos tumores apresentam instabilidade de microssatélites (IMS).

Objetivo: Avaliar retrospectivamente as características clínicas e moleculares de famílias de SL e sem mutação identificada (SM) nos genes *MLH1* e *MSH2*.

Material e métodos: Incluíram-se 120 famílias, 56 SL e 64 SM, estratificadas de acordo com a mutação germinal, preenchimento dos CA e presença de IMS. Foi avaliada a idade de diagnóstico, presença de tumores cólicos (502 carcinomas e 367 adenomas) e extra-cólicos (n = 112) e a localização de ambos. Análise estatística: Teste exacto de Fisher, χ^2 e t-student.

Resultados: A média de idades de diagnóstico foi significativamente superior nas famílias SM relativamente às famílias SL (51 $\pm$ 12 vs 43 $\pm$ 11, p = 0.0004). As famílias SL apresentaram mais frequentemente tumores extra-cólicos (67% vs 48%, p = 0,028) e carcinomas do cólon ou recto com IMS (73% vs 37%, p = 0,00093). As mutações no *MSH2* associaram-se significativamente ao preenchimento de CAII (p = 0,0245) e exclusivamente à presença de tumores do ovário (5/5) e urotélio (6/6). Nas famílias SM observou-se uma razão adenoma/carcinoma superior em relação às famílias SL (2,33 vs 1,76). Verificou-se uma localização preferencial dos adenomas e carcinomas, no cólon proximal, nas famílias SL relativamente às SM (p = 0,00035 e p = 0,00055, respectivamente). Nas últimas, salientou-se a baixa frequência de adenomas no recto (8%), o que contrastou com a frequência de carcinomas neste local (32%).

Conclusões: As famílias SL e SM apresentam características clínicas distintas, as quais podem contribuir para elucidar a base molecu-

lar subjacente a estas últimas. A diferente frequência de adenomas e carcinomas no recto, nas famílias SM, é sugestiva do envolvimento de mecanismos moleculares específicos que conferem maior vantagem selectiva para a progressão tumoral no recto.

Bibliografia

1. Boland CR. 2005 Fam Cancer 7, 41-52.

88. RESULTADOS ONCOLÓGICOS APÓS REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS MALIGNOS COLO-RETAIS

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

Hospital de Braga.

Introdução: O pólio maligno, definido como adenocarcinoma invasor da submucosa, é a forma clínica mais precoce do cancro colo-rectal (CCR). Nestes casos pode ser necessária cirurgia adicional, mas os critérios de decisão não se encontram totalmente definidos. Propusemo-nos avaliar a prática do nosso serviço, analisando o estadiamento oncológico loco-regional, visando identificar indicadores de risco e aspetos da prática clínica a melhorar.

Métodos: Estudo retrospectivo em 63 pacientes com CCR estadio T1 ressecados endoscopicamente entre 2007 e 2012. Avaliaram-se as características clínico-patológicas das lesões ressecadas e correlacionaram-se com doença residual (DR), definida como presença de adenocarcinoma na parede intestinal ou gânglios ressecados. A análise estatística foi efetuada no SPSS para Windows®.

Resultados: Trinta e um doentes foram operados enquanto 29 prosseguiram em vigilância clínica. Confirmou-se doença residual em 15 (48,4%) doentes: 8 (53,3%) doença na parede, 5 (33%) metástases ganglionares e 2 (13,3%) com ambas. Não se detectou nenhuma recorrência no grupo em vigilância. As características das lesões endoscopicamente ressecadas que se associaram a DR foram a configuração sésil (p = 0,03), o grau de diferenciação G3 (p = 0,01) e o estado de margens intercetadas e/ou indeterminadas (p = 0,01). A presença de pelo menos um fator de risco associou-se a DR (p = 0,008) enquanto a ausência de fatores de risco associou-se a menor incidência de DR (p = 0,01). Analisando os aspectos que determinaram decisão cirúrgica, verificou-se que 22 pacientes foram operados por avaliação histológica inadequada, sobretudo pela ressecção fragmentada, sendo que 50% apresentavam doença residual. Nove doentes sofreram complicações pós-operatórias, nomeadamente deiscência anastomótica que se revelou associada à ressecção anterior do recto (p = 0,03).

Conclusões: A cirurgia deve ser equacionada na presença de características clínico-patológicas de risco para doença residual, podendo-se optar por vigilância nas situações de baixo risco. É necessária uma melhoria técnica na ressecção endoscópica e na avaliação histopatológica, a fim de reduzir intervenções desnecessárias.

89. VIGILÂNCIA PÓS-POLIPLECTOMIA: DEVEMOS CONTINUAR A CONSIDERAR AS CARACTERÍSTICAS DOS PÓLIPOS?

C. Brandão, J. Lage, C. Pereira, E. Cardoso, M. Dinis-Ribeiro, L. Moreira Dias

Instituto Português de Oncologia, Porto.

Introdução: As recomendações atuais advogam que as características dos pólipos colorretais predizem a sua recorrência, originando diferentes estratégias de vigilância. Contudo, limitações nos estudos originais levaram outros autores a reconsiderar esta afirmação.

Objetivo e métodos: Averiguar se as características dos pólipos encontrados na colonoscopia index predizem a sua recorrência. Avaliada uma série consecutiva de doentes submetidos a colonos-

copia total de rastreio/diagnóstico, entre 1993 e 2007, com adenomas na colonoscopia index e com pelo menos uma colonoscopia de seguimento realizada, no mínimo, após um ano. Efectuada análise da idade, género, características dos pólipos (número, tamanho, padrão viloso, displasia, localização preferencial, intervalo de tempo entre a colonoscopia e a recorrência). Excluídos doentes com história pessoal ou familiar de cancro colorrectal, doença inflamatória intestinal, acromegalia, síndrome de Lynch ou polipose adenomatosa familiar.

Resultados: Incluídos 115 doentes, com idade média de 63 anos, 60% masculinos. A recorrência de adenomas e/ou carcinoma detetada foi de 45% após um tempo de seguimento médio de 65.4 meses e uma mediana de 3 colonoscopias. Na colonoscopia index, 86% dos pólipos eram distais ao ângulo esplénico, 59% sésseis e 69% considerados adenomas avançados; pólipos hiperplásicos em 22%. Nos adenomas avançados, foi observada uma tendência para recorrência antes dos 36 meses ($p = 0,074$, 14 vs 3%), apesar de não se encontrar diferença para a taxa (47 vs 42%) e o tempo (99 vs 92 meses) até à recorrência. Localização proximal e presença de pólipos hiperplásicos tenderam a aumentar a recorrência (60 vs 40% e 60 vs 40%). Limitações: Amostra pequena; estudo retrospectivo; centro único.

Conclusões: Numa população homogénea e com critérios de inclusão estritos, uma colonoscopia de seguimento deverá realizar-se até aos 36 meses nos doentes com adenomas avançados, em acordo com as recomendações. As outras variáveis analisadas não adicionaram informações úteis para o reajuste do calendário de vigilância, pelo que outros estudos serão necessários.

Palavras-chave: Adenoma. Vigilância.

90. ENVOLVIMENTO CÓLICO POR LINFOMA DO MANTO PERIFÉRICO

F. Vilas-Boas¹, J. Alexandre Sarmiento¹, M. Brochado², E. Fonseca³, G. Macedo¹

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

Introdução: O linfoma do manto é uma neoplasia de células B rara (representa 3-10% dos linfomas não-Hodgkin) que pode envolver o tubo digestivo em até 30% dos doentes.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 59 anos de idade, com diagnóstico de linfoma de células do manto periférico com envolvimento gástrico e medular. Realizou colonoscopia para completar estadiamento da doença que revelou ao longo do cólon, múltiplas lesões, algumas aparentemente com origem subepitelial e outras polipóides, de configuração ovóide e dimensões a variar dos 10 aos 30 mm com erosões superficiais. O exame histológico das lesões cólicas revelou fragmentos de mucosa cólica com infiltrado linfóide no córion. O exame imunohistoquímico confirmou população linfóide compatível com envolvimento cólico por linfoma do manto já conhecido (positividade para CD20, CD5 e ciclina D1). A doente foi submetida a quimioterapia (R-HyperCVAD) e proposta para auto-transplante por linfoma não-Hodgkin do manto, estadio IVB com invasão gástrica e cólica e expressão leucémica. Apresentamos o caso clínico e iconografia associada.

91. LESÃO POLIPOIDE GIGANTE DO CÓLON: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

C. Fernandes, R. Pinho, S. Fernandes, T. Freitas, A. Tavares, T. Pais, I. Ribeiro, J. Ferreira, J. Maciel, J. Fraga

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

Os autores apresentam o caso de um homem, 72 anos, com antecedentes de cirurgia cólica (não especificada), que é refe-

renciado ao serviço de urgência (após realização de colonoscopia em ambulatório) por pólipo cólico de grandes dimensões, congestivo, com áreas necrosadas e que impede a passagem do endoscópio. Neste contexto realizou colonoscopia no que revelou, a cerca de 40 cm da margem anal, volumosa formação polipoide de superfície necrótica que ocupa a totalidade do lúmen; não se identificou ponto de inserção na parede; TC abdominal revelou invaginação colo-cólica que se estende até ângulo esplénico condicionada por massa adiposa, macrolobulada, com cerca de 6cm; neste contexto e tendo em conta a impossibilidade terapêutica endoscópica é considerada a abordagem cirúrgica. Após impossibilidade de localização da lesão por laparotomia, é realizada colonoscopia intraoperatória com progressão até anastomose ileo-cólica, sendo que imediatamente a jusante se observou lesão polipoide previamente observada com identificação de ponto de inserção na parede; submetido a ressecção segmentar cólica, sem intercorrências; Histologia compatível com lipoma. Neste momento apresenta-se assintomático. As lesões polipóides de grandes dimensões revelam-se muitas vezes um desafio diagnóstico e terapêutico em colonoscopia. Por vezes podem condicionar invaginação cólica que dificultam a sua caracterização e correta localização. Os lipomas, apesar de frequentes, raramente assumem dimensões volumosas. Quando sintomáticos a melhor abordagem é a sua exérese. Os autores apresentam iconografia sob a forma de imagem.

92. POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR ATENUADA

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) Atenuada é uma doença genética, com transmissão autossómica recessiva, de diagnóstico tardio em relação à forma clássica da PAF. As mutações no gene APC descritas, atualmente cerca de 34, são detectadas maioritariamente na extremidade 5', exon 9 e extremidade distal 3'. Os autores apresentam a situação clínica de uma família com mutação rara de PAF atenuada, com aparecimento precoce de polipose. - Mãe, com diagnóstico de PAF atenuada aos 50 anos na sequência da realização colonoscopia total de rastreio, observando-se múltiplos pólipos sésseis e pediculados com dimensões até 20mm, poupando o reto. Histologicamente, verificou-se foco de adenocarcinoma num pólipo sem invasão pedicular. Sem lesões extra-cólicas, apresenta teste genético positivo para a mutação do gene APC-intrão 9. Antecedentes familiares de polipose (irmã e sobrinho). Foi submetida a colectomia total e encontra-se atualmente em vigilância do recto semestral, sem recidiva. - Filha, 26 anos, portadora da mesma mutação, realiza colonoscopia total observando-se múltiplos pólipos (15-20) pediculados/sésseis no sigmóide e transversal até 15 mm dimensões, poupando o reto. Recusou cirurgia. Após polipectomia, a histologia mais avançada foi adenoma túbulo-viloso de alto grau. Na avaliação endoscópica alta, observam-se múltiplos pólipos gástricos diminutos, hiperplásicos, sem evidência de malignidade. Não apresenta pólipos duodenais, ou outras manifestações extra-cólicas. Encontra-se atualmente em vigilância endoscópica. Os autores apresentam a situação desta família pela forma de apresentação atípica, e raridade da alteração genética. A PAF atenuada, tipicamente de curso mais brando e idade tardia de diagnóstico, apresenta-se nesta família num curso mais agressivo em idade mais jovem, com uma mutação rara (intrão 9). Na literatura, há raros relatos desta mutação e poucos casos de diagnóstico de PAF atenuada aos 26 anos.

93. SCHWANNOMA DO CÓLON - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES SUBMUCOSAS

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

Centro Hospitalar Leiria-Pombal.

Os schwannomas gastrointestinais são tumores com origem nas células de Schwann que formam as bainhas nervosas. São relativamente incomuns e raramente envolvem o cólon. Apesar de considerados predominantemente benignos, podem-se associar a recorrência local (se excisão incompleta) e a ocasional transformação maligna. A cirurgia é o tratamento de eleição. Os autores apresentam o caso de uma mulher com 49 anos e antecedentes de colite ulcerosa, em remissão clínica (S0, índice de atividade de Montreal). Realizou colonoscopia que demonstrou ausência de alterações inflamatórias da mucosa, mas documentou uma lesão submucosa com cerca de 2,5 cm no cólon ascendente, não descrita em colonoscopia anterior (3 anos antes). A doente apresentava-se assintomática e sem alterações ao exame objetivo. Efetuada tomografia computadorizada abdominal e pélvica que identificou, ao nível do terço proximal do cólon ascendente, uma estrutura nodular parietal com cerca de 2,9 cm localizada na submucosa e de características inespecíficas. Analiticamente verificou-se VS 17 mm, CEA e Ca19.9 negativos. Dada a incerteza diagnóstica, optou-se por tratamento cirúrgico e a doente foi submetida a hemicolectomia direita. O diagnóstico histopatológico e a análise imunohistoquímica foram compatíveis com schwannoma com baixo índice de proliferação e sem evidência de metastização (margens livres e sem lesões em 12 gânglios excisados). Os autores destacam este caso dada a raridade da entidade clínica e pretendem salientar a importância e o desafio do diagnóstico diferencial das lesões submucosas intestinais.

94. ATIVAÇÃO DA VIA DE SINALIZAÇÃO MEK5-ERK5 REDUZ SENSIBILIDADE AO 5-FLUOROURACILO

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

¹Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences (iMed.UL). ²Departamento de Bioquímica e Biologia Humana, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa.

A sobre-ativação da via MEK5-ERK5 foi correlacionada com um prognóstico desfavorável no cancro da mama e próstata. No cancro do cólon (CC) a sobre-ativação de MEK5 foi associada à progressão da doença. Demonstrámos recentemente que ERK5 e MEK5 se encontram sobre-expressas em adenomas e adenocarcinomas do cólon. Provámos ainda que o silenciamento de ERK5 induz apoptose e sensibiliza células de CC para o 5-fluorouracilo (5-FU). Este estudo tem como objetivo avaliar o papel da sinalização MEK5-ERK5 na proliferação, morte celular e resposta ao 5-FU. Utilizando células de CC, HCT116 e SW620, foram produzidas linhas celulares com sobre-expressão estável de MEK5 constitutivamente ativa, dominante negativa e vetor vazio (controlo), após transdução com lentivírus e seleção de células por citometria de fluxo. A proliferação celular foi avaliada em tempo real usando o sistema xCELLigence. A viabilidade celular e citotoxicidade foram determinadas, após exposição ao 5-FU, em ensaios de MTS e LDH, respetivamente. A expressão de proteínas envolvidas na sinalização via MEK5-ERK5 foi avaliada por immunoblotting. Os nossos resultados demonstraram que, em HCT116, a ativação constitutiva de ERK5 reduz a sensibilidade ao 5-FU, reduzindo a morte ($p < 0,05$) e aumentando a viabilidade celular. Em contrapartida, a inativação de ERK5 aumenta a morte ($p < 0,01$) e diminui a viabilidade celular, sensibilizando para o 5-FU. Mais ainda, em HCT116 e SW620, a ativação constitutiva de ERK5 reduziu o tempo de duplicação celular e resultou na expres-

são aumentada de KRAS e diminuída de p21 ($p < 0,05$), enquanto que a exposição ao 5-FU reduziu a expressão e ativação de ERK5 e MEK5 ($p < 0,05$). Coletivamente os nossos resultados indicam que a ativação aberrante da via MEK5-ERK5 poderá contribuir para a agressividade e resistência à quimioterapia, sugerindo que a sua inibição específica poderá constituir uma abordagem terapêutica promissora no tratamento do CC.

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

95. HEMANGIOMA PEDICULADO DO CÓLON - A PRESENTAÇÃO ENDOSCÓPICA MUITO RARA

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

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

O hemangioma gastrointestinal é um tumor vascular incomum, que pode ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal. É uma entidade clínica importante pela possibilidade de hemorragia maciça quando complicado. A sua apresentação endoscópica é variada, e por vezes de difícil diagnóstico. Os autores apresentam o caso clínico de um homem, 74 anos, com múltiplos antecedentes médico-cirúrgicos: hipertensão arterial irregularmente controlada, dislipidemia, hiperuricemia, acidente vascular cerebral (2000) com hemiparésia direita sequelar, aneurisma da aorta abdominal corrigido cirurgicamente (enxerto de interposição bi-ilíaco electivo em 2008), aneurisma da aorta torácica em vigilância e aneurisma poplíteo direito com indicação cirúrgica. Seguido em consultas de Cardiologia e Cirurgia Cardio-Torácica, medicado para as suas comorbilidades. Assintomático do foro gastrointestinal, é submetido à realização de colonoscopia total no nosso serviço, na qual se observa: lipoma do recto (confirmado por ultrassonografia endoscópica), pólipos sessil com 12 mm sigmoide (cuja análise histológica após polipectomia revelou adenoma com displasia de alto grau). Adicionalmente, constatou-se lesão subepitelial de aspeto quístico, localizada do ângulo esplénico, com tonalidade vinosa, que envolve cerca de um quarto da circunferência luminal e assume características móveis no lúmen cólico com a insuflação, mas transponível pelo endoscópio. Na avaliação imagiológica por angio-TC observa-se no ângulo esplénico formação quística aparentemente vascular, tipo aneurismática-provável hemangioma pediculado. Sem clínica obstrutiva ou hemorrágica, encontra-se atualmente sob vigilância. Estão descritos poucos casos de hemangiomas pediculados do cólon. Na pesquisa bibliográfica, destaca-se as diferentes formas de apresentação endoscópica. Os autores descrevem um caso clínico de um hemangioma pediculado tipo aneurismático do cólon, cujo aspecto endoscópico e características móveis com a insuflação estão raramente relatados. Salienta-se a peculiaridade da iconografia (imagem e vídeo) e a importância desta entidade no diagnóstico diferencial.

96. AS NEOPLASIAS COLORETAIS DIAGNOSTICADAS APÓS PSOF+ TÊM ESTÁDIOS TNM MAIS PRECOSES E CUSTOS DE TRATAMENTO SIGNIFICATIVAMENTE MAIS BAIXOS COMPARADAS COM AS NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS NOUTROS CONTEXTOS

M. Cravo, F. Mota, R. Maio, Grupo Multidisciplinar de Tumores do Tubo Digestivo

Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

Introdução: A pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) é um método eficaz no rastreio do cancro do colon e reto (CCR).

Objetivo: Caracterizar os CCRs observados no nosso Hospital de Abril a Novembro de 2012, comparando as características dos tumores diagnosticados em contexto de rastreio após PSOF (Grupo 1) com os restantes (Grupo 2).

Material e métodos: Foram incluídos os doentes admitidos no nosso Hospital de Abril a Novembro de 2012 por CCR e registadas as características demográficas, clínicas e custos do tratamento por GDH.

Resultados: Durante este período foram observados no nosso Hospital 145 doentes com neoplasias do colon e reto, 14 doentes foram excluídos (recidivas de tumores tratados inicialmente noutros Hospitais, tumores não epiteliais). Dos 131 doentes incluídos, 74 (57%) eram do sexo masculino, como uma idade média de 70 anos, 25 doentes (19%) tinham mais de 80 anos. 54 doentes (41%) foram admitidos pelo Serviço de Urgência, sendo a idade superior a 80 anos mais frequente ($n = 17$; $p = 0,003$) bem como o diagnóstico de oclusão intestinal ($n = 18$; $p = 0,001$). Em 16/131 (12%) o diagnóstico foi feito após PSOF + (Grupo 1). 18% dos doentes do Grupo 1 tinham doença loco regional ou metastizada (estádios III/IV) comparado com 52% dos restantes (Grupo 2) ($p = 0,03$). O tempo de internamento(s) foi significativamente menor nos doentes do Grupo 1 (10 ± 10 vs 19 ± 14 dias; $p = 0,009$). Em termos de custos, o SNS pagou em média 5127 ± 2325 euros pelo tratamento de um CCR do Grupo 1 vs 6679 ± 3173 por um CCR do grupo 2 ($p = 0,008$).

Conclusões: 1. Uma percentagem significativa de doentes da nossa série foi diagnosticada em contexto de urgência, em oclusão intestinal, sendo este cenário mais frequente nos doentes muito idosos (> 80 A), 2. As neoplasias diagnosticadas por PSOF + estão em estádios mais precoces e o custo de tratamento é significativamente mais baixo comparando com os restantes casos.

97. LINFOMA PRIMÁRIO DO CÓLON - UM CASO CLÍNICO

A.G. Antunes, A. Mesquita, A.L. Sousa, M. Eusébio, B. Peixe, H. Guerreiro

Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Faro, EPE.

Reporta-se o caso de um homem de 77 anos, internado por lombalgia direita com 2 semanas de evolução e hematoquezias na última semana. Negava queixas consumptivas ou alteração do normal padrão intestinal. Apresentava-se hemodinamicamente estável, mucosas descoradas, dor à palpação do flanco direito, ruídos hidro-aéreos aumentados, sem adenopatias palpáveis; toque rectal sem massas, com dedo de luva com fezes misturadas com sangue. Analiticamente Hb 9,5 g/L, VGM 90,8 fL, Creatinina 1,99 mg/dL, BUN 29 mg/dL, PCR 29 mg/L. Rx abdominal sem alterações. Realizou colonoscopia que revelou a cerca dos 20 cm da margem anal, mucosa congestionada e infiltrada (biopsou-se), associada a área ulcerada com orifício sugestivo de fístula. TC abdómino-pélvica observando-se em continuidade com a sigmóideia formação sólida, heterogénea, irregular, com componente aéreo central, com $90 \times 86 \times 77$ mm de maiores dimensões, estendendo-se à transição lombosagrada, originando hidronefrose a montante e envolvendo o íleon terminal. Sem adenomegalias patológicas e líquido livre intraperitoneal. CA19.9, CEA, electroforese de proteínas séricas normais e biópsia inconclusiva. Perante estes dados optou-se pela realização de laparotomia, constatando-se massa da sigmóideia com 6 cm de maior eixo, associada a perfuração com 3 cm, envolvendo o íleon terminal, realizando-se ressecção em bloco. O resultado anatomopatológico revelou infiltrado de linfócitos pequenos, de tamanho médio e grande tamanho, com marcação imunohistoquímica CD20+, CD43+, CD 3-, CD 10-, CD 21-, CD23-. Estes achados permitiram o diagnóstico de Linfoma difuso de grandes células B, com provável transformação de Linfoma MALT, estadio IIE de Lugano. Apesar de o trato gastrointestinal ser a principal localização extra-

nodal dos linfomas, os linfomas colorectais primários são tumores raros, correspondendo a menos de 1% de todas as neoplasias do intestino grosso, e a 10-20% de todos os linfomas gastrointestinais. A localização mais comum é o cego, ocorrendo atingimento da sigmóideia em menos de 15% dos casos.

98. TUMOR NEUROENDÓCRINO MÚLTIPLO ILEAL

A. Albuquerque, H. Cardoso, A.M. Horta e Vale, M. Marques, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia Centro Hospitalar S. João, Porto.

Mulher de 65 anos com anemia hipocrômica microcítica em estudo, sem perdas hemáticas objectiváveis. Foi submetida a endoscopia digestiva alta e ileocolonosopia que estavam normais. Foi realizada capsula endoscópica que revelou múltiplos pólipos sesséis no íleon proximal. Posteriormente, realizou enteroscopia assistida por balão retrógrada que confirmou a existência de múltiplas lesões polipóides sesséis ileais, a maior com cerca de 20mm, com depressão central, as biopsias dos diferentes pólipos foram sugestivas de tumor neuroendócrino. A Cintigrafia com Octreotide revelou um foco de hiperfixação compatível com a lesão ileal de 20 mm. A doente foi posteriormente submetida a ressecção cirúrgica e fez enteroscopia peroperatória para determinar a extensão de intestino com tumores a remover. No seguimento, a doente mantém-se assintomática, com cromogranina e Cintigrafia com Octreotide normal.

99. TUMOR NEUROGÉNICO RETROPERITONEAL

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

Hospital Garcia de Orta.

Um amplo espectro de patologias, que vão desde tumores benignos raros a neoplasias malignas (primárias ou metastáticas), podem desenvolver-se no retroperitонеu. Os tumores malignos são mais frequentes do que os benignos, sendo o sarcoma do retroperitонеu o mais comum. Os tumores benignos neurogénicos (schwannomas, neurofibromas, paragangliomas), fibromatose e angiomilipoma renal são as patologias benignas mais frequentes. Desta forma, o diagnóstico diferencial de massas retroperitoneais torna-se um verdadeiro desafio diagnóstico. Doente, sexo feminino, 57 anos, enviada à consulta de Gastrenterologia por dor abdominal, tipo moinha, localizada no hipocôndrio direito, desde há vários meses. Apresentava exame objetivo e avaliação laboratorial sem alterações. Realizou ecografia abdominal que demonstrou massa sólida retroperitoneal, circunferencial, 3,7 cm de diâmetro, adjacente à face posterior do istmo pancreático. Efetuou tomografia computadorizada abdominal, sendo inconclusiva, no que confere à etiologia da lesão. Para melhor caracterização, realizou ressonância magnética abdominal, que revelou massa circunferencial, bem delimitada, localizada no retroperitонеu, inferior à emergência do tronco celiaco, moldando a face posterior do istmo pancreático ($3,6 \times 3$ cm). A lesão apresentava hipossinal em T1 e hiperssinal, ligeiramente heterogéneo, em T2. O doente foi orientado para ultrassonografia transendoscópica (EUS) e realização de punção aspirativa por agulha fina (PAAF). A EUS demonstrou massa retroperitoneal (3 cm), bem delimitada, doppler negativa, adjacente ao istmo pancreático, ao nível da confluência porto-esplénica. Dada a localização e características ecoendoscópicas, o diagnóstico presuntivo de tumor benigno neurogénico foi colocado. Efetuou-se EUS-PAAF, mostrando a citologia agregados de células eosinófilas, fusiformes, com núcleos uniformes e sem mitoses. A imunohistoquímica foi positiva para S-100/vimentina e negativa para actina de músculo liso, compatível com o tecido neural. Os tumores do retroperitонеu são

raros, demonstrando o caso clínico, o papel da EUS-PAAF como opção efetiva e minimamente invasiva para o diagnóstico definitivo e colheita de tecido.

100. DEMASIADOS TUMORES?

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

Hospital de Braga.

Introdução: A neurofibromatose tipo 1 (NF-1) é uma condição que aumenta o risco de desenvolvimento de tumores benignos e malignos. O trato gastrointestinal pode estar envolvido, tipicamente com tumores do estroma (GIST). Mais raramente, estes doentes podem apresentar tumores neuroendócrinos, nomeadamente tumores endócrinos do pâncreas.

Material: Os autores descrevem o caso de uma doente de 51 anos com NF-1. A doente recorreu ao hospital por dor abdominal e anorexia com duas semanas de evolução. No exame físico apresentava múltiplos neurofibromas cutâneos com disposição preferencial no tronco e membros superiores, e uma tumefação indolor no quadrante superior direito do abdómen. Os exames laboratoriais iniciais revelaram uma trombocitose de 646000/uL, sem outras alterações relevantes. Realizou TC abdominal que detetou volumosa massa intra-abdominal centrada à região do flanco direito, apresentando 14 x 9 cm de maiores dimensões e que condiciona efeito de massa sobre as ansas do delgado adjacente. Para investigar a origem da massa, a doente foi submetida a endoscopia digestiva alta que revelou uma lesão plana de 20mm no antro gástrico, com depressão central e bordos elevados; documentou-se ainda uma compressão extrínseca no segmento II do duodeno com mucosa irregular, tendo realizado biópsias de ambas as lesões.

Resultados: O resultado histológico das biópsias revelou um adenocarcinoma gástrico e um tumor neuroendócrino do duodeno. A doente foi submetida a laparotomia com indicação de gastrectomia subtotal e avaliação cirúrgica da massa abdominal. Esta verificou-se estar na dependência da cabeça do pâncreas, tendo sido efetuada uma duodenopancreatectomia. A avaliação anátomo-patológica da peça cirúrgica revelou um tumor neuroendócrino bem diferenciado do pâncreas com invasão duodenal.

Conclusões: Os autores apresentam o caso de uma doente com NF-1 com diagnóstico síncrono de adenocarcinoma gástrico e tumor neuroendócrino do pâncreas, com documentação iconográfica. Para o conhecimento dos autores, esta associação não está descrita na literatura.

101. PÓLIPOS E VARIZES ECTÓPICAS, VIZINHANÇA PERIGOSA

T. Correia, P. Amaro, A. Oliveira, F. Portela, S. Mendes, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Os autores apresentam, com documentação iconográfica, o caso de um doente do sexo masculino referenciado à consulta de Gastreenterologia para a excisão de pólipos do cólon com 20 mm de maior diâmetro, séssil, congestivo, localizado sobre cordão varicoso da parede. Apresentava antecedentes de hipertensão portal secundária a trombose com transformação cavernomatosa da veia porta, em relação com défice de proteína C, associada a varizes esofágicas (em esquema de erradicação após episódio de rotura), varizes do hilo esplénico e volumosa esplenomegalia. O doente encontrava-se clinicamente assintomático e o estudo analítico não demonstrava qualquer alteração. Na colonoscopia de reavaliação identificou-se a lesão, localizada no cólon descendente, com cerca

de 15 mm, semipediculada, inserindo-se sobre cordão varicoso proeminente. Na área adjacente à lesão polipóide identificavam-se várias ectasias vasculares do tipo angiodisplásico. A avaliação eco-endoscópica com mini-sonda (12 MHz), confirmou a existência de vaso localizado na parede do cólon, subjacente ao pólipos, com cerca de 2,6 mm de diâmetro. Após discussão das hipóteses terapêuticas, optou-se pela aplicação de Endoloop® (Olympus) englobando a base do pólipos e posterior excisão deste com ansa diatérmica, com persistência do Endoloop® após a excisão do pólipos. O procedimento ocorreu sem complicações imediatas, precoces ou tardias. O estudo histopatológico identificou a excisão completa (R0) de adenoma tubular do cólon descendente, com displasia epitelial focal de alto grau. Apresentamos este caso clínico por ser representativo da importância da correcta selecção dos dispositivos endoscópicos em função das características das lesões. Frequentemente, em lesões com pedículo curto, o Endoloop® destaca-se no final do procedimento. No caso clínico apresentado, a abordagem realizada permitiu a sua permanência após a ressecção, aumentando a segurança do procedimento realizado.

102. MUCOSECTOMIA DE LESÃO GIGANTE DO RETO - O TAMANHO AINDA IMPORTA?

C. Fernandes, R. Pinho, J. Cardoso, T. Pais, I. Ribeiro, A. Gandra, J. Maciel, J. Fraga

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

Os autores apresentam o caso dum homem, 52 anos, que recorre ao serviço de urgência por quadro de retorragias. Neste contexto realiza colonoscopia que revela desde a linha pectínea até aos 12 cm da margem anal, ocupando cerca de 1/2 da circunferência, lesão em tapete ("lateral spreading tumour"), tipo granular 0-IIa+Is, com textura vilosa, congestiva e friável - histologia compatível com adenoma viloso com displasia de alto grau. Pela exuberância da lesão realizado estadiamento: ecoendoscopia compatível com neoplasia T1N0; RMN pélvica sem evidência de envolvimento locoregional (N0); TC abdomino-pélvico sem evidência de metástases à distância (M0). Repetidas biópsias transendoscópicas novamente com displasia de alto grau. Após discussão interdisciplinar, optado pela ressecção endoscópica. Realizada mucosectomia fragmentada por técnica de elevação (solução salina com adrenalina + indigo carmin) e corte e "grasp and snare". Remoção da totalidade da lesão. No final ablação dos bordos ressecados com argon plasma. Exame histológico compatível com adenocarcinoma in situ. Nos controlos endoscópicos observa-se cicatriz lisa e regular, sem sinais de recidiva e com subestenose assintomática. Quando clinicamente indicada, a ressecção endoscópica de lateral spreading tumours de grandes dimensões do reto e cólon é uma alternativa eficaz e minimamente invasiva. No entanto é uma opção tecnicamente difícil e com significativos riscos de complicações. Os autores expõem iconografia sob a forma de vídeo.

103. LESÃO ULCERADA "EM VULCÃO" - UM CASO DE MELANOMA DO RETO

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

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Faro, EPE.

Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino, 57 anos, caucasiano, com lesões cerebrais secundárias e dor abdominal que motivaram realização de colonoscopia. Neste exame identificou-se uma lesão ulcerada no reto, aos 10 cm da margem anal, arredondada, com cerca de 20 mm de maior diâmetro, com focos de coloração castanha e de bordos elevados determinan-

do um aspeto “em vulcão”. Não se observaram lesões no canal anal. Os achados endoscópicos invulgares sugeriram uma lesão neoplásica atípica cujo resultado histológico revelou melanoma maligno. No momento do diagnóstico não evidenciava lesões cutâneas ou oculares suspeitas, no entanto, referia excisão de nevos dorsais meses antes, desconhecendo-se o resultado histológico. Assim, coloca-se a possibilidade de metastização de melanoma no reto *versus* melanoma primário nesta localização. Atendendo à vontade expressa pelo doente e ao estadio avançado da doença foi proposto tratamento médico paliativo. Os melanomas gastrintestinais, quer primários ou secundários, são raros, de comportamento agressivo e podem traduzir-se endoscopicamente por lesões de morfologia diversa, com ou sem pigmento. Os locais do tubo digestivo mais frequentemente envolvidos são o esófago e a região anorectal, no caso de melanoma primário, e o intestino delgado no caso de melanoma gastrointestinal secundário. Os autores apresentam imagens endoscópicas peculiares de uma lesão maligna pigmentada do reto, sem envolvimento do canal anal. Para além da particularidade desta lesão, este caso reveste-se de interesse pois realça a necessidade de colocação de diagnósticos diferenciais perante lesões suspeitas, mais do que o comum adenocarcinoma.

104. HEMANGIOMA GIGANTE DO RECTO - UM CASO MUITO RARO

D. Martins, J. Pinho, P. Sousa, J. Machado, R. Araújo, A. Castanheira, E. Cancela, P. Ministro, A. Silva

Centro Hospitalar Tondela, Viseu.

Os autores relatam o caso de uma doente do sexo feminino, com 60 anos de idade e com antecedente de hipertensão arterial; referenciada a consulta de gastroenterologia para colonoscopia de rastreio por pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. Sem história de perdas hemáticas. Foi efectuada colonoscopia total que revelou lipoma pediculado, muito volumoso, do cólon transverso e lesão plana, irregular, congestiva e avermelhada, que ocupava metade da circunferência luminal do recto justa-anal, compatível endoscopicamente com malformação vascular. Foi efectuada eco-endoscopia que confirmou a suspeita de lesão vascular, sem invasão da submucosa e compatível com angioma cavernoso de grandes dimensões. Estas lesões representam menos de 10% de todos os tumores benignos do intestino delgado e são ainda mais raras no recto e cólon. A sua forma de apresentação mais comum é através de perdas hemáticas ou diagnóstico em exames de rastreio, tal como apresentado no caso clínico. Apresenta-se este caso pela raridade deste tipo de lesão, pelas dimensões relevantes neste caso clínico e pela exuberância da iconografia endoscópica.

105. PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATÓRIO DE GRANDES DIMENSÕES - QUANDO A RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA ESTÁ RECOMENDADA

T. Pinto-Pais¹, S. Fernandes¹, L. Proença¹, C. Fernandes¹, I. Ribeiro¹, D. Tente², J. Fraga¹

¹*Serviço de Gastroenterologia, ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.*

O pólipto fibróide inflamatório (PFI) gástrico é um tumor benigno raro. Habitualmente assintomático, apresenta-se endoscopicamente como uma lesão subepitelial, sendo o diagnóstico diferencial por vezes difícil. Os autores apresentam o caso clínico de uma senhora, 73 anos, antecedentes de hipertensão arterial e síndrome depressiva. Queixas de enfartamento pós-prandial frequente, sem dor abdominal, alteração do trânsito intestinal ou perda ponderal. Analiticamente, apresentava anemia discreta, pelo que foi realizada endoscopia digestiva alta. Observou-se volumosa formação polipóide

de gástrica, pediculada, que se insere no antro distal e faz protusão para o bulbo duodenal - aspectos sugestivos de lesão subepitelial, mas verificando-se áreas de mucosa erodida e friável. Neste contexto, foi realizada ultrassonografia endoscópica observando-se lesão polipoide hipoeecogénica no antro distal, com 30 mm, com pedículo longo de 20 mm sem sinal Doppler no seu interior, na dependência da segunda camada (mucosa profunda), estando mantida a integridade das camadas subjacentes, e sem adenopatias peri-lesionais. Procedeu-se à exérese desta lesão com ansa diatérmica, após aplicação de laço hemostático no pedículo. Após o procedimento, ocorreu hemorragia em jacto a partir de 2 vasos diminutos na escara, controlada eficazmente com sonda de Bicap (7Fr, 20W 10”). Ao exame histológico observa-se mucosa e submucosa gástricas expandidas por proliferação de células fusiformes, citoplasma eosinófilo, cromatina fina, que revelam positividade com anticorpo anti-CD34, mas CK8/18, CD117, S100, Desmina e Actina negativas - compatível com pólipto fibroide inflamatório (PFI). Em vigilância, encontra-se assintomática. O caso descrito relata um pólipto fibroide inflamatório gástrico, de grandes dimensões, com sintomas obstrutivos face ao seu efeito valvular sobre o piloro e anemia por erosão da mucosa. Os PFI raramente atingem estas dimensões ou causam sintomatologia. Apesar da sua etiologia benigna, a remoção endoscópica é o tratamento de eleição em função das suas dimensões. Destaca-se o valor da EUS no diagnóstico diferencial desta lesão (iconografia por imagem e vídeo).

106. VOLUMOSO PÓLIPO DO RECTO-POLIPLECTOMIA BEM SUCEDIDA APÓS APLICAÇÃO DE CLIPS HEMOSTÁTICOS

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

Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Faro, EPE.

Doente do sexo masculino, 78 anos, com anemia normocítica normocrómica em estudo (suspeita de mieloma múltiplo) referenciado para colonoscopia por hematoquezias de sangue vivo, sem repercussão hemodinâmica. Não se encontrava medicado com antiagregantes ou anticoagulantes. Na colonoscopia detetou-se um volumoso pólipto pediculado no reto, com base de implantação aos 12 cm, com cerca de 3,5 cm de tamanho céfálico e longo pedículo. Procedeu-se a ressecção endoscópica com ansa após aplicação de dois clips hemostáticos na base do pedículo, perpendicularmente ao seu eixo, de modo a envolver toda a sua circunferência. Não se verificou hemorragia imediata ou tardia, apesar de aparente vaso visível na escara de poliplectomia. A análise histológica do pólipto revelou adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau. A ressecção endoscópica de pólipos pediculados de grandes dimensões pode associar-se a complicações importantes nomeadamente hemorragia. A idade do doente, a localização do pólipto, um pedículo largo e as comorbilidades associadas são outros determinantes do risco hemorrágico pós poliplectomia que podem justificar a utilização de medidas profiláticas como a aplicação de *Endoloop* ou clip hemostático. No caso apresentado, as grandes dimensões do pólipto e a possível patologia concomitante determinavam maior risco associado a esta técnica. Os autores apresentam um vídeo do procedimento, destacando-se a aplicação de clips como medida profilática de hemorragia na ressecção de volumosos pólipos.

107. MELANOMA ANORRETAL: RARO E AGRESSIVO

S. Marques, R. Rosado e Silva, L. Carvalho, I. Chapim, R. Herculano, M. Bispo, F. Silva, L. Matos

Serviço de Gastroenterologia e Serviço de Medicina II, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

O melanoma anorretal corresponde apenas a 1 a 3% dos tumores do canal anal e a 0,3% de todos os melanomas. Os autores apresen-

tam um caso de melanoma anorretal, com uma apresentação clínica invulgar e agressiva. Trata-se de uma doente, de 55 anos, com história familiar de carcinoma colorretal (no pai, aos 47 anos), admitida por síncope, retorragias e perda ponderal. Tinha realizado uma colonoscopia total do ano anterior, que identificou hemorroidas internas, e análises recentes com doseamento sérico de CA19.9 e de CEA, ambos normais. No toque retal, palpou-se uma massa, a 3 cm da margem anal, que, na retossigmoidoscopia flexível, correspondeu a uma lesão vegetante pigmentada, com cerca de 5 cm, com base de implantação adjacente à linha pectínea. Histologicamente, estabeleceu-se o diagnóstico de melanoma anorretal. Na radiografia de tórax, observaram-se múltiplos nódulos pulmonares dispersos bilateralmente, com padrão em "largada de balões". O subsequente estadiamento tumoral confirmou múltiplas metástases pulmonares e 6 lesões cerebrais envolvendo ambos os lobos frontotemporais. Apesar de iniciada terapêutica com corticoide em alta dose e profilaxia com anti-convulsivantes, registou-se agravamento clínico rapidamente progressivo, com confusão mental, afasia, hemiparésia e perda do controlo esfíncteriano, acabando por falecer numa Unidade de Cuidados Paliativos 8 semanas após o diagnóstico. São revistos alguns aspetos particulares relativos à abordagem diagnóstica, intervenção terapêutica e prognóstico desta entidade rara, apresentando-se a iconografia deste caso clínico particularmente agressivo.

Doença Inflamatória Intestinal

108. PROTEÍNA C-REACTIVA ELEVADA NO PRIMEIRO MÊS DE TRATAMENTO COM ADALIMUMAB É PREDITOR DE NÃO RESPOSTA EM DOENTES COM DOENÇA DE CROHN

E. Rodrigues-Pinto, F. Magro, A.C. Nunes, S. Lopes, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução e objetivo: O Adalimumab (ADA) é eficaz no tratamento da doença de Crohn (DC) e a proteína C-reativa (PCR) é um biomarcador útil na avaliação da actividade inflamatória. Correlacionar os níveis de PCR e as variações da PCR durante o primeiro ano de tratamento com ADA que o iniciaram por doença luminal.

Métodos: Estudo transversal em doentes com DC que iniciaram tratamento com ADA por doença luminal. Foram avaliados 73 doentes com DC. Definiram-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 necessidade de ajuste terapêutico; resposta após ajuste terapêutico (RAT) como resposta clínica e analítica, mas com necessidade de intensificação de dose/frequência ou associação de outro fármaco.

Resultados: A evolução da PCR no 1º ano de tratamento não é influenciada pela existência de cirurgia nem tratamento prévio com Infliximab ($p = 0,095$ e $p = 0,230$, respectivamente). Doença não estenosante não penetrante associa-se mais frequentemente a RS ($p = 0,044$). Níveis basais de PCR foram mais elevados nos doentes com NRP em relação à RS (32 mg/L vs 21,4 mg/L) e à RAT (32 mg/L vs 26,5 mg/L), contudo, sem significado estatístico ($p = 0,076$). Os níveis de PCR são mais elevados nos doentes com NRP do que nos com RS e RAT (significado estatístico ao 1º, 4º, 5º, 6º, 11º e 12º mês). Os níveis de PCR foram em mediana 30,23 mg/L mais elevados na NRP em relação à RS ($p = 0,002$) e 24,55 mg/L em relação à RAT ($p = 0,015$). Os níveis de PCR foram 5,67 mg/L mais baixos na RS em relação à RAT, contudo sem significado estatístico ($p = 0,085$).

Conclusões: Os níveis de PCR correlacionam-se com o padrão de resposta ao ADA na DC. Uma carga inflamatória elevada durante o tratamento com ADA correlaciona-se com uma pior resposta ao tratamento.

109. QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: IMPORTÂNCIA DOS FACTORES CLÍNICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS

J. Magalhães, F. Dias de Castro, P. Boal-Carvalho, M.J. Moreira, S. Leite, J. Cotter

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

Introdução e objetivo: A doença inflamatória intestinal (DII) acarreta consequências físicas, psicológicas e sociais que podem afectar a qualidade de vida (QV) dos doentes. O objetivo deste trabalho foi avaliar a relação dos factores sociodemográficos e clínicos com a QV dos doentes com DII.

Doentes e métodos: Um total de 150 doentes, 98 com doença de Crohn e 52 com colite ulcerosa, preencheram um questionário específico da doença para avaliação da QV (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, IBDQ-32) e um questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos. A associação entre variáveis categóricas e os scores IBDQ-32 foi determinada com o teste t-Student. Factores estatisticamente significativos na análise univariada foram incluídos no modelo de regressão linear múltipla. A análise estatística foi realizada com o SPSS 18.0, considerando-se $p < 0,05$ significativo.

Resultados: A análise univariada revelou níveis de QV significativamente menores nos doentes com uma percepção individual de falta de compreensão pelos colegas de trabalho ($p < 0,001$), de diminuição do sucesso laboral ($p < 0,001$) e de necessidade de apoio psicológico ($p = 0,010$), bem como doentes com necessidade de tratamento farmacológico da ansiedade e/ou depressão ($p = 0,002$), nos que recorriam a terapêuticas alternativas ($p = 0,027$) e doentes do sexo feminino ($p < 0,001$). A análise de regressão linear múltipla identificou como preditores significativos de diminuição da QV o sexo feminino ($p < 0,001$), percepção individual da falta de compreensão pelos colegas de trabalho ($p = 0,037$) e de diminuição do sucesso laboral ($p = 0,001$). Este modelo é altamente significativo ($p < 0,001$) e explica 32,3% da variação dos scores de QV nos doentes com DII.

Conclusões: A diminuição da qualidade de vida relaciona-se significativamente com o sexo feminino e a percepção pessoal de impacto da doença no sucesso e relações laborais. Estes factores merecem uma atenção acrescida de forma a que atempadamente se possam implementar medidas que possibilitem a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

110. FATORES PREDITIVOS DE DESENVOLVIMENTO DE ESTENOSE EM DOENTES DE CROHN APÓS CIRURGIA

A. Albuquerque, S. Lopes, S. Rodrigues, F. Vilas Boas, M. Casal Moura, G. Macedo

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

Introdução: O conhecimento dos fatores associados ao desenvolvimento de estenoses na Doença de Crohn (DC) no pós-operatório pode permitir o recurso a terapêuticas preventivas.

Objetivo: Avaliação dos fatores preditivos de estenose na DC após cirurgia.

Métodos: Análise de 127 doentes com DC submetidos a cirurgia, avaliados endoscopicamente entre Janeiro 2009 e Março 2013. A amostra incluiu dois grupos: doentes com estenose após

cirurgia (DCE, 32%, n = 40) e os doentes sem estenose (DSE, 68%, n = 87).

Resultados: Na amostra, 57% eram homens, com idade média ao diagnóstico de 30 ± 12 anos. 39% apresentava fenótipo estenosante, 59% penetrante e 50% localização ileal. No total, 43% dos doentes eram fumadores. Relativamente à terapêutica pré-cirúrgica, os DCE estavam menos imunossuprimidos: biológico (17%, p = 0,023), tiopurinas (34%, p = 0,001) e imunossupressão dupla (24%, p = 0,001); à data da avaliação endoscópica apenas 61% estavam medicados com tiopurinas (p = 0,040). Dos DCE, 32% eram sintomáticos, em 68% a estenose era anastomótica e em 18% ileal. Foi realizada dilatação endoscópica em 75% (n = 30) dos DCE, sem nenhuma complicação. Efectuaram-se, em média, duas dilatações por doente, com um intervalo médio de 7 ± 4 meses. Não houve diferenças entre os DCE dilatados e os não-dilatados (n = 10) relativamente ao número de internamentos e de nova cirurgia. Os factores de risco para estenose foram a ausência de terapêutica com biológico (OR 5,2 p = 0,033) ou com tiopurinas (OR 5,3, p = 0,002) antes da cirurgia ou a ausência de tiopurinas (OR 2,21, p = 0,042) após cirurgia. O tratamento com imunossupressão dupla antes da cirurgia revelou-se protetor (OR 0,08, p = 0,001). Não houve diferenças estatisticamente significativas para o sexo, classificação Montreal, tabaco, o tempo de doença até à cirurgia, o tempo de doença até à endoscopia.

Conclusões: a terapêutica imunossupressora com biológico e/ou tiopurinas antes da cirurgia e a terapêutica com tiopurinas após cirurgia são fatores protectores para o desenvolvimento estenoses na DC após cirurgia.

111. TRATAMENTO DE FÍSTULAS ANO/RECTO-VAGINAIS NA DOENÇA DE CROHN COM ANTI-TNF: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

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

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

Introdução: A doença de Crohn (DC) é a segunda causa mais frequente de fístulas ano/recto-vaginais (FA/RV), após o trauma obstétrico. O impacto na qualidade de vida, a dificuldade no tratamento e a elevada taxa de recorrência tornam as FA/RV um desafio para o gastroenterologista. Os fármacos anti-TNF vieram proporcionar uma nova opção terapêutica segura, mas de eficácia não completamente comprovada.

Objetivo: Avaliar a eficácia dos anti-TNF no tratamento da FA/RV.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com DC complicada de FA/RV em seguimento num centro. Considerou-se resposta total o encerramento da fístula e, parcial a redução do sintomas relacionados com a mesma.

Resultados: Tratados 7 doentes, com idade média de 37 anos, 1 com doença A1 L2 B1p, 1 com A1 L3 B1p, 2 com A2 L2 B1p, 2 com A2 L3 B1p e 1 com A3 L2 B1p (classificação de Montreal). Idade média quando desenvolveu FA/RV de 33,5 anos (19, 41). Em 3 doentes orifício primário da fístula localizava-se no canal anal médio, 1 no canal anal proximal e 3 no ânus anorectal. Orifício secundário na vagina em 5 e na vulva em 2. Terapêutica anterior com azatioprina em 5; drenagem de abscesso perianal em dois. Dos 7 doentes que desenvolveram FA/RV (1 sob adalimumab) 3 foram tratados com infliximab, 2 com adalimumab (intensificação da dose em 1) e 1 com infliximab-adalimumab (switch por intolerância). Observou-se encerramento da fístula em 5 doentes, média 26 semanas (5-55) após início do tratamento, que persistiu, sem recorrência, após seguimento médio de 50 meses (26-78). Nos restantes 2 verificou-se resposta parcial (emissão intermitente de ar pela fístula).

Conclusões: A terapêutica com anti-TNF foi eficaz e segura em todos, contribuindo para o encerramento em 71%.

112. SATISFAÇÃO DOS DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COM OS CUIDADOS HOSPITALARES EM PORTUGAL.

A.S. Marinho¹, J.B. Soares², R. Gonçalves², F. Magro³, GEDII³

¹Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho. ²Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Braga. ³Grupo de Estudo da Doença Inflamatória Intestinal.

Introdução: O estudo da satisfação dos utentes tem ganho importância crescente na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Não existem dados sobre a satisfação dos doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) com os cuidados hospitalares em Portugal.

Objetivo: Avaliar a Satisfação Global dos doentes com DII com os cuidados hospitalares em Portugal e os seus principais determinantes.

Métodos: Utilizou-se uma abordagem estrutural que incluiu três passos: 1. Especificação do modelo de satisfação do utente baseado no modelo ECSI (Índice Europeu de Satisfação do Consumidor) e composto pelas dimensões: Expectativas, Instalações, Processo de Admissão, Pessoal Auxiliar, Enfermeiros, Médicos, Tratamentos, Internamentos, Consulta Externa, Imagem, Qualidade Global, Satisfação Global e Lealdade; 2. Inquérito por amostragem junto de 2000 doentes membros da Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino (APDI); 3. Estimação do modelo de satisfação do utente com base nos resultados do inquérito, através do método dos mínimos quadrados parciais (XLSTAT-PLS-PM®).

Resultados: Obtiveram-se 423 (21%) questionários válidos, de 273 (65%) doentes com Doença de Crohn e 140 (33%) com Colite Ulcerosa, com idade média de 43 ± 13 anos e maioritariamente (57%) do sexo feminino. O índice médio de Satisfação Global foi de 73 ± 20 (escala de 0-100). Os principais determinantes da Satisfação Global foram as variáveis Imagem ($\beta = 0,42$), Internamentos ($\beta = 0,20$) e Consulta Externa ($\beta = 0,19$), as quais apresentaram um índice médio de 81 ± 19 , 59 ± 18 e 73 ± 22 , respetivamente. O modelo de satisfação usado permitiu explicar 85% da variância da Satisfação Global ($R^2 = 0,85$). Detetaram-se também diferenças na Satisfação Global dependentes da idade do doente, atividade da DII, número de crises no último ano, tipo de medicação e ato de reclamação.

Conclusões: O índice médio de Satisfação Global dos doentes com DII com os cuidados hospitalares em Portugal é Bom, mas para que possa melhorar os Serviços terão de investir sobretudo na melhoria das condições dos Internamentos.

113. TERAPÊUTICA DE MANUTENÇÃO COM AZATIOPRINA NA DOENÇA DE CROHN: AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA E FATORES PREDITIVOS DE EVOLUÇÃO

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

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: As tiopurinas desempenham um papel importante na manutenção da remissão clínica na Doença de Crohn (DC) mas são escassos os dados relativamente a fatores preditivos de eficácia e falência de terapêutica a médio/longo prazo.

Objetivo: Avaliar a eficácia e segurança da azatioprina no tratamento de manutenção da DC e investigar eventuais fatores preditivos de evolução.

Métodos: Estudo retrospectivo de seguimento dos doentes que iniciaram azatioprina entre Janeiro/1996 e Março/2012. Analisaram-se variáveis demográficas, critérios da classificação de Montreal, motivo para início de imunossupressão e persistência de hábitos tabágicos. Após otimização da dose de azatioprina, considerou-se a seguinte evolução: manutenção da remissão clínica, necessidade de cirurgia e/ou *step up* para biológicos. Análise estatística com IBM SPSS Statistics V20.

Resultados: 137 doentes com DC (55% do sexo feminino), com uma duração média de doença de 7 anos, iniciaram azatioprina por: corticodependência, $n = 30$; corticorresistência, $n = 7$; doença ativa moderada a grave, $n = 30$; doença perianal fistulizante, $n = 39$ e profilaxia da recorrência pós cirúrgica, $n = 31$. Nove doentes fizeram terapêutica biológica concomitante e 5 (3,6%) descontinuaram azatioprina por efeitos adversos. Avaliou-se a evolução em 123 doentes, com seguimento médio de 6,5 anos (105-5693 dias): manutenção da remissão clínica, $n = 89$ (72%); *step up* para biológicos, $n = 30$ e necessidade de cirurgia, $n = 4$. Verificou-se um óbito relacionado com DC. Na análise univariada, não se demonstrou correlação estatística entre as variáveis estudadas (sexo, critérios da classificação Montreal, motivo para início de imunossupressão e persistência de hábitos tabágicos) e a respetiva evolução dos doentes ($p = ns$).

Conclusões: A azatioprina em monoterapia foi eficaz na manutenção da remissão na maioria dos doentes e com um bom perfil de segurança. Menos de 1/3 dos doentes necessitaram de *step up* para biológicos e/ou cirurgia, mas, entre as variáveis clínicas estudadas, não se identificaram fatores preditivos para esta necessidade de escalada terapêutica.

114. AVALIAÇÃO DA POSITIVIDADE PARA CITOMEGALOVIRUS EM BIÓPSIA DO CÓLON DE DOENTES COM COLITE ULCEROSA AGUDIZADA

A. Albuquerque, S. Lopes, E. Rios, M. Casal Moura, J. Sobrinho Simões, S. Conde, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia; Anatomia Patológica e Biologia Molecular do Centro Hospitalar S. João, Porto.

Objetivo: Avaliação da positividade para CMV por *polimerase chain reaction* (PCR) nas biópsias do cólon em doentes com colite ulcerosa (CU) agudizada.

Métodos: Análise de coorte retrospectiva de 100 doentes com CU agudizada que fizeram pesquisa do CMV em biópsia do colon por PCR entre 2006-2012. Para comparação entre grupos utilizou-se o teste de Chi-quadrado para variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. Por regressão logística determinaram-se quais os factores relacionados com a infecção por CMV em doentes com colite ulcerosa.

Resultados: Na amostra, 60% dos doentes eram do sexo masculino com uma idade média de 44 ± 13 anos à data da biópsia, com uma mediana do diagnóstico até à biópsia de 3 anos ($p25$ - $p75$: 1-5). Em 43% dos casos a localização era distal e em 39% uma pancolite. Os doentes estavam medicados com aminosalicilatos em 63% dos casos, 34% com tiopurinas, 51% com corticóides e 34% com infliximab. No total, 57% dos doentes eram corticodependentes e 13% dos doentes estavam com infliximab na dose 10 mg/kg. O total de Mayo score médio era de 9 ± 2 pontos. No total, 53% dos doentes ($n = 53$) tiveram pesquisa de CMV positiva, imunohistoquímica positiva em 4% ($n = 4$) dos casos e IgM CMV positiva em 3% ($n = 3$). No caso dos doentes com CMV+, a maioria dos doentes eram do sexo masculino ($n = 44$, $p < 0,001$), mais velhos (37 vs 48 anos, $p = 0,003$) e com valores mais elevados de PCR de CMV sérica ($p = 0,011$). Utilizando a regressão logística, os fatores determinantes para CMV+ foram, o sexo masculino (OR 9,47, $p < 0,001$), a idade (OR1,04, $p = 0,014$), a corticodependência (OR 2,3, $p = 0,05$) e a dose de 10 mg/kg de infliximab (OR 6,2, $p = 0,024$).

Conclusões: Na nossa amostra, a idade, o sexo masculino, a corticodependência e a dose de 10 mg/kg estiveram associadas à positividade do CMV cólico em doentes com colite ulcerosa agudizada.

115. NEOPLASIA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

M. Costa¹, D. Carvalho¹, J. Saiote¹, M.J. Pinheiro², T. Bentes¹, J. Ramos¹

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital dos Capuchos. ²Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital dos Capuchos.

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) está associada a maior risco de adenocarcinoma do intestino e neoplasias hepatobiliares. A duração, idade de apresentação e extensão da doença parecem ser fatores de risco independentes. O risco de linfoma está aumentado na DII e o tratamento com tiopurinas acentua este risco.

Objetivo: Caracterização das neoplasias ocorridas numa população com DII seguida num centro hospitalar.

Métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos dos doentes com DII.

Resultados: Num registo de 703 doentes, verificaram-se neoplasias em 16 (10 mulheres), idade média de 32 anos (11-65) no momento do diagnóstico da DII, 10 com doença de Crohn (DC) e 6 com colite ulcerosa (CU), média de 15 anos (0-40) de evolução da doença. Na DC, L2 em 4 (+ peri-anal-2), L3 em 4 (+ peri-anal-1), L1 em 2. Verificaram-se 5 adenocarcinomas (colon e recto-3, 1 sob infliximab; intestino delgado sob adalimumab-1; próstata sob infliximab-1), 3 linfomas (côlon-2, intestino delgado-1), 1 carcinoma in situ do útero sob infliximab e 1 melanoma maligno sob adalimumab. Na CU, E2 em 3 e E3 em 3; verificaram-se 5 adenocarcinomas, 3 do cólon (1 sob infliximab), 2 do recto e 1 linfoma do cólon. Idade média de 47 anos no momento do diagnóstico da neoplasia. Apenas 1 dos 4 doentes que desenvolveram linfoma fez medicação com azatioprina. O padrão histológico, estágio e tratamento foram semelhantes aos das neoplasias fora do contexto da DII. Um doente faleceu por complicações relacionadas com a neoplasia.

Conclusões: A ocorrência de neoplasia foi semelhante à de outros centros de referência, numa idade média inferior à das neoplasias fora da DII. O linfoma ocorreu em maior número de doentes não medicados com tiopurinas. A abordagem terapêutica foi semelhante à das neoplasias em doentes sem DII.

116. DOENÇA PERI-ANAL COMO FACTOR PREDICTOR DE DOENÇA DE CROHN INCAPACITANTE

J. Santos-Antunes, R. Coelho, P. Andrade, E. Rodrigues-Pinto, F. Magro, G. Macedo

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

Introdução e objetivo: A doença peri-anal é considerada factor preditivo para doença de Crohn incapacitante a curto prazo. No entanto, o seu verdadeiro impacto no prognóstico global é desconhecido. O objetivo deste trabalho foi avaliar a doença peri-anal como predictor de *disability* nestes doentes.

Métodos: Análise de processos clínicos de 683 doentes com doença de Crohn seguidos na nossa consulta.

Resultados: Dos doentes avaliados 49.9% eram do género feminino, com idade média de 41 ± 14 anos. A idade média ao diagnóstico foi de 29 ± 12 anos, com tempo de evolução médio de doença de 146 ± 99 meses. Quarenta e seis por cento tinham doença ileal, 39% íleo-cólica e 15% colite, com atingimento do trato digestivo superior em 11%. Vinte e oito por cento dos doentes tinha atingimento peri-anal. Não houve diferenças entre os doentes com e sem doen-

ça peri-anal relativamente à necessidade de corticoterapia ($p = 0,724$) ou internamento ($p = 0,180$) ao diagnóstico, assim como ao número médio de cirurgias abdominais ($0,48$ vs $0,40$, $p = 0,153$), ou tempo até terapêutica biológica (93 vs 87 meses, $p = 0,732$). A doença peri-anal não foi factor de risco para cirurgia abdominal ($RR = 1,277$, IC 95% $0,877-1,861$) e os doentes sem atingimento peri-anal tiveram a primeira cirurgia abdominal mais precocemente (33 vs 54 meses, $p = 0,011$). Por outro lado, os doentes com doença peri-anal necessitaram de um maior número de ciclos de corticóides ($2,95$ vs $2,23$, $p < 0,001$), de internamentos ($2,48$ vs $1,33$, $p < 0,001$) e de imunossupressão mais precocemente (58 vs 43 meses, $p = 0,042$). Todos os resultados que mostraram não haver diferenças entre doentes com e sem doença peri-anal tiveram um poder estatístico superior a 99% para um nível de significância de 5%.

Conclusões: Os doentes com doença peri-anal não tiveram pior prognóstico em termos de doença intra-abdominal; no entanto, precisaram de mais internamentos, mais ciclos de corticóides e de imunossupressão mais precocemente.

117. COLITE ULCEROSA E BIOLÓGICOS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

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

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Egas moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: Os inibidores anti-TNF γ representaram um avanço significativo no tratamento da colite ulcerosa refratária ao tratamento. Mostraram eficácia na qualidade de vida e cicatrização da mucosa alterando o curso da doença. O objetivo do nosso estudo foi avaliar a experiência do nosso Centro com os anti-TNF γ na colite ulcerosa.

Métodos: Estudo retrospectivo de 26 doentes com colite ulcerosa a fazer terapêutica biológica (infiximab ou adalimumab) num período mínimo de 24 semanas. Através de consulta de processos clínicos obtiveram-se dados demográficos, localização e fenótipo da doença, manifestações extra-intestinais, indicação para início de terapêutica; efeitos adversos e complicações pós-terapêutica; score de Mayo e parâmetros laboratoriais pré e pós-terapêutica.

Resultados: Foram inseridos 26 doentes (50% do sexo feminino, idade média 41,46 anos), 46,1% com manifestações extra-intestinais (na sua maioria artropatia periférica), 73,1% com evidência de colite extensa, 19,2% com colite esquerda e 7,7% com proctite. Previamente ao início de terapêutica biológica, 34,6% e 15,4% dos doentes eram dependentes/não respondedores à terapêutica imunossupressora e resistentes à corticoterapia, respetivamente. Cerca de 80% ($n = 20$) iniciou infiximab, 1 doente adalimumab e em 5 houve a necessidade de mudança de anti-TNF γ por efeitos adversos/ não resposta ao infiximab (para adalimumab). Cerca 16% fizeram terapêutica concomitante com azatioprina > 6 meses. No período de seguimento, verificou-se remissão clínica e endoscópica (score de Mayo < 2) em 50% dos doentes (29,1% no subgrupo com doença ligeira e 20,9% no subgrupo com doença moderada a grave); 22,7% manteve PCR positiva (> 0,5 mg/dl) e 20,8% anemia. Em 30,7% dos doentes registou-se aumento da dose/redução intervalo entre administrações do anti-TNF γ . Numa doente houve necessidade de interrupção da terapêutica por pneumonite intersticial. Obteve-se uma associação estatisticamente significativa entre os doentes com score de Mayo < 2 e um valor negativo de PCR ($p = 0,023$).

Conclusões: De acordo com a nossa experiência a terapêutica biológica revelou-se eficaz na colite ulcerosa (remissão ou melhoria significativa em 79,2% doentes). A negatização da PCR revelou-se um bom marcador laboratorial de remissão da doença.

118. CARACTERIZAÇÃO DE DOENTES COM DOENÇA DE CROHN NUM CENTRO DE REFERÊNCIA

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença crónica progressiva resultante de interacção entre factores genéticos e ambientais. Um número significativo de doentes tem actividade clínica considerável apesar da terapêutica médica instituída.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes com Crohn num centro de referência.

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

Resultados: Foram seguidos 736 doentes (368 do sexo feminino) ao longo de 12,34 anos ($\pm 8,401$). O tempo mediano entre o início dos sintomas e diagnóstico foi de 4 meses (0-369), sendo que a principal forma de apresentação foi abdominal mais constitucional (61%). Aquando do diagnóstico, 3% dos doentes já tinham sido submetidos a apendicectomia e 2% a cirurgia perianal. Sessenta e oito doentes tinham história familiar de DII. Ao diagnóstico, 83% tinham menos de 40 anos, 37% tinham doença ileal exclusiva (L1) e 87% tinham comportamento não estenosante não penetrante (B1), contudo, 24% progrediram para fenótipo estenosante (B2) e 20% para penetrante (B3). Trezentos e sessenta e três doentes necessitaram de cirurgia (abdominal ou perianal) ao longo do seguimento. Cento e oitenta doentes fumam actualmente e 114 são ex-fumadores. Quinhentos e setenta e um doentes estiveram/estão sob tratamento com azatioprina e 239 sob anticorpo anti-factor de necrose tumoral alfa (antiTNF α), tendo iniciado, respectivamente, 48 meses (0-375) e 88 meses (0-395) após o diagnóstico. Cinquenta doentes iniciaram tratamento com segundo antiTNF γ . Nos primeiros cinco anos de doença, 47% dos doentes alternaram entre períodos de remissão e actividade clínica, 33,8% tiveram uma primeira agudização com remissão posterior e 19,2% tiveram actividade clínica persistente.

Conclusões: A maioria dos doentes tem diagnóstico antes dos 40 anos, atingimento ileal e fenótipo B1. A doença tem um curso progressivo numa percentagem elevada de doentes, com necessidade de terapêutica imunomoduladora, biológica e cirurgia.

119. DOENÇA DE CROHN E ANTI-TNF α : EFICÁCIA NA REMISSÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

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

Serviço de Gastreenterologia Hospital Egas moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: Ensaios clínicos randomizados e controlados demonstraram eficácia da terapêutica biológica na remissão clínica e laboratorial da doença de Crohn (DC) moderada a grave. O objetivo do nosso estudo foi avaliar em doentes com DC em seguimento no nosso Centro e sob terapêutica anti-TNF α , quanto à eficácia na remissão clínica e laboratorial.

Métodos: Estudo retrospectivo de 86 doentes com DC moderada a grave submetidos a terapêutica biológica (infiximab e adalimumab) num período mínimo de 24 semanas. Através de consulta de processos clínicos registaram-se dados demográficos, localização e fenótipo da doença, manifestações extra-intestinais, indicação para início de terapêutica; efeitos adversos e complicações pós-terapêutica; Score de Harvey-Bradshaw e parâmetros laboratoriais pré e pós-terapêutica.

Resultados: Dos 86 doentes iniciais foram inseridos no estudo 60 doentes (65% do sexo feminino, idade média 37,27 anos). Cerca de 23,3% dos doentes apresentava doença de carácter estenosante e 26,7% penetrante; localização íleo-cólica em 48,3%, no intestino del-

gado em 28,3% e no cólon em 23,3%; 43,3% dos doentes apresentava doença fistulizante perianal. Manifestações extraintestinais estavam presentes em 38,3%; 33,0% apresentava cirurgia anterior. Previamente ao início de terapêutica biológica, 20% e 8,3% dos doentes eram corticoides dependentes/não respondedores a terapêutica imunossupressora e resistentes à corticoterapia, respetivamente. Adalimumab foi a terapêutica escolhida em 61,2% (n = 37) e infliximab em 38,8% (duração média 33,64 meses); 26,7% efetuaram concomitantemente azatioprina. No período de seguimento obteve-se remissão clínica (score de Harvey-Bradshaw < 4) em 71,4% dos doentes; 30,0% manteve elevação de PCR positiva (> 0,5 mg/dl) e 26,7% apresentava anemia. Constatou-se melhoria da doença fistulizante perianal em 11 doentes (42,3%). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre os doentes em remissão clínica e PCR negativa (p = 0,041), particularmente na doença não estenosante e não penetrante (p = 0,048) e do intestino delgado (p = 0,015).

Conclusões: De acordo com a nossa experiência a terapêutica biológica mostrou-se eficaz na remissão clínica e laboratorial da DC moderada a grave.

120. FACTORES CLÍNICOS PREDICTORES DE IMUNOMODULAÇÃO E ALTERAÇÃO DE FENÓTIPO

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

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução: A doença de Crohn (DC) tem um curso progressivo com diminuição da frequência do padrão inflamatório [B1] e aumento da frequência do padrão estenosante [B2] e/ou penetrante [B3].

Objetivo: Avaliar quais os critérios clínicos para início mais precoce de imunomoduladores ou anticorpos anti-factor de necrose tumoral alfa (antiTNF?) ou alteração mais precoce do fenótipo (B1 para B2 ou B3).

Métodos: Estudo transversal em 736 doentes com DC seguidos na consulta de doença inflamatória intestinal.

Resultados: A azatioprina foi iniciada mais precocemente nos doentes do sexo masculino (63 meses [47,4; 78,6] vs 71 meses [52,8; 89,2], p = 0,005) e nos doentes com envolvimento do tracto digestivo alto [L4], relativamente aos doentes com envolvimento ileocólico [L3], cólico [L2] ou ileal [L1] (51 meses [31,3; 70,6] vs 60 meses [43,6; 76,4] vs 71 meses [32,4; 109,6] vs 84 meses [66,1; 101,8], p = 0,026). Os antiTNF? foram iniciados mais precocemente nos doentes com diagnóstico antes dos 40 anos (p = 0,004) e nos doentes com doença anal (197 meses [145,0; 249,0] vs 341 meses [276,0; 406,0] p < 0,001). A alteração do fenótipo foi mais precoce nos doentes com localização L4 relativamente à L1, L3 ou L2 (95 meses [58,6; 131,4] vs 138 meses [99,3; 176,7] vs 174 meses [128,2; 219,8] vs 253 meses [200,0; 306,0], p < 0,001), bem como nos doentes do sexo masculino (128 meses [99,0; 157,0] vs 195 meses [154,7; 235,3], p = 0,004).

Conclusões: O diagnóstico antes dos 40 anos, o envolvimento do tracto digestivo superior, a existência de doença anal e o sexo masculino acompanham-se de maior necessidade de imunomodulação e alteração mais precoce do fenótipo.

121. FACTORES PREDITIVOS DE REINTERNAMENTO EM DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

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

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

Introdução e objetivo: O curso da doença inflamatória intestinal (DII) é pautado por períodos de agudização sendo o reinternamento

frequente. O objetivo deste trabalho foi identificar factores preditivos de reinternamento em doentes com DII.

Doentes e métodos: Foram retrospectivamente analisados todos os doentes com diagnóstico de DII com primeiro internamento *index* decorrido entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2011. O reinternamento foi definido como qualquer internamento subsequente relacionado com a DII. As características clínicas e demográficas dos doentes com ou sem reinternamento foram comparadas recorrendo ao teste exacto de Fisher e ao teste t Student. A análise estatística foi realizada com o SPSS 18.0, considerando-se p < 0,05 significativo.

Resultados: Um total de 98 doentes, 68 com Doença de Crohn (DC) e 30 com Colite Ulcerosa (CU) foi responsável por 156 internamentos durante este período de tempo. Foram registados 58 reinternamentos, tendo 62% (n = 36) ocorrido ≤ 12 meses do internamento *index*. Quarenta e sete doentes (47,9%) tiveram apenas um e 11 doentes (11,2%) ≥ 2 reinternamentos. A ocorrência de reinternamento nos doentes com DC correlacionou-se com uma idade média mais jovem (24,45 vs 34,83 anos, p < 0,001), com presença de hábitos tabágicos (p = 0,003), comportamento penetrante da doença (p < 0,001) e com a realização de tratamento cirúrgico na admissão *index* (p = 0,007). Nos doentes com CU apenas a idade jovem de diagnóstico da doença (p = 0,005) foi um factor relacionado com o reinternamento. O tipo de doença, extensão de envolvimento intestinal, o motivo de internamento e início de terapêutica com imunossuppressores/imunomoduladores após internamento *index* não se correlacionaram significativamente com o reinternamento.

Conclusões: O risco de reinternamento na Doença Inflamatória Intestinal é significativamente maior nos jovens, nos fumadores, quando a doença tem fenótipo penetrante e naqueles submetidos a cirurgia no decorrer do internamento inicial. A identificação destes factores e a forma da sua abordagem poderão influenciar futuros reinternamentos.

122. PANCREATITE AUTOIMUNE E COLITE ULCEROSA: UMA ASSOCIAÇÃO CADA VEZ MAIS RECONHECIDA

S. Marques, M. Bispo, P. Pinto Marques, P. Barreiro, M.A. Túlio, P. Costa, L. Matos

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

A pancreatite autoimune (PAI) é uma doença rara, com duas formas distintas de apresentação clínica, laboratorial e histológica. A PAI tipo 1 ou pancreatite linfoplasmocítica esclerosante é considerada a apresentação pancreática da doença fibroinflamatória IgG4-relacionada. É mais frequente no sexo masculino e associa-se a outras manifestações sistémicas desta doença. A PAI tipo 2 ou pancreatite ductocêntrica idiopática, menos comum que a anterior, caracteriza-se pela presença de lesões granulocíticas epiteliais. Afeta indivíduos mais jovens, sem predomínio de sexo, e não está associada a elevação sérica da IgG4. Recentemente, determinou-se que nos doentes com PAI a prevalência de doença inflamatória intestinal (DII), particularmente de colite ulcerosa (CU), é muito superior relativamente à restante população (~6% prevalência global; 16 a 35% na PAI tipo 2). Os autores apresentam dois casos de PAI que refletem esta associação cada vez mais reconhecida. Em ambos os casos, doentes jovens (de 23 e 34 anos) tiveram uma apresentação clínica simultânea de PAI e pancolite ulcerosa. A ecoendoscopia foi determinante para o diagnóstico nos dois casos, com achados ecográficos sugestivos e aspetos histológicos típicos de PAI nas biópsias obtidas com agulha *Trucut* (*Quick-Core*, *Cook Endoscopy*) num dos casos e com agulha *Procore* 19G (*Cook Endoscopy*) no outro caso. Curiosamente, um dos casos com critérios de PAI tipo 1 e o outro de PAI tipo 2, ambos com rápida melhoria após instituição de corticoterapia. Salienta-se que na maior série publicada na literatura de doentes com PAI (multicêntrica) são apresentados 12 casos de

apresentação simultânea de PAI e colite ulcerosa. São discutidos alguns aspetos peculiares desta forma de apresentação rara, mas cada vez mais reconhecida, da PAI. Apresenta-se iconografia (coloscopia, RM, EUS e EUS-TNB).

123. ÚLCERA ORAL NA D. CROHN - UM ACHADO TRIVIAL OU UMA PREOCUPAÇÃO ADICIONAL?

F. Vilas-Boas¹, F. Magro¹, R. Balhau², J.M. Lopes³, F. Beça³, C. Eloy³, S. Lopes¹, G. Macedo¹

¹Serviço de Gastreenterologia; ²Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial;

³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina do Porto.

Introdução: As tiopurinas são amplamente utilizadas no tratamento da D. Crohn (DC) para manutenção da remissão e prevenção da recidiva pós-operatória. O aumento do risco de cancro na DC é um tópico controverso, contudo a imunomodulação com azatioprina é comprovadamente um factor de risco para neoplasia, nomeadamente para doença linfoproliferativa e cancro de pele (excepto melanoma).

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 33 anos de idade, com história de DC ileal (A2L1B1p) sob terapêutica com messalazina e azatioprina há 9 anos, referiu presença de úlcera oral indolor com 2 meses de evolução. Ao exame físico foi identificada lesão ulcerada com 1 cm no trígono retromolar superior direito e a doente foi referenciada à Cirurgia Maxilo-Facial. A biópsia revelou carcinoma espinocelular. A doente não tem história de tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas ou outros factores de risco para cancro oral. Não há história familiar de doença oncológica. Foi submetida a exérese da lesão e linfadenectomia cervical direita, tendo o exame anatomopatológico confirmado carcinoma espinocelular bem diferenciado, sem invasão muscular e sem envolvimento ganglionar. A pesquisa do Vírus do Papiloma Humano na peça operatória foi negativa. A azatioprina foi descontinuada. Actualmente a doente está assintomática e a colonoscopia revelou eritema do íleo, sem ulceração.

Conclusões: Com este caso clínico, pretendemos chamar a atenção para a necessidade de vigilância apertada dos doentes sob terapêutica imunomoduladora com tiopurinas, nomeadamente no que se refere ao risco de neoplasia. Qualquer lesão oral suspeita deve ser referenciada para biópsia.

124. UMA CAUSA POUCO COMUM DE FEBRE NA DOENÇA DE CROHN

J. Santos-Antunes, F. Magro, C. Abreu, E. Rodrigues-Pinto, R. Coelho, S. Lopes, G. Macedo

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

Doente do sexo feminino, 21 anos, internada por dor abdominal e diarreia. A colonoscopia demonstrou úlceras aftóides no íleo terminal e colon; o enterot-TC corroborou estes achados, não demonstrando doença proximal. Analiticamente apresentava anemia ferripriva e aumento dos marcadores inflamatórios. Foi feito o diagnóstico de Doença de Crohn, efectuada indução de remissão com corticóides e iniciou imunossupressão com azatioprina, tendo alta assintomática. Após 3 semanas recorreu novamente ao hospital por diarreia e febre (max 38,5° C), medicada com azatioprina 50 mg/d e prednisolona 30 mg/d. Foi colhido rastreio séptico e a febre foi interpretada no contexto de nova agudização, tendo sido colocada corticoterapia endovenosa. Por não haver resposta ao 3º dia, com febre a ascender aos 40° C, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol, tendo ao 5º dia efectuado TC abdomino-pélvico que excluiu a presença de coleções. Simultaneamente notou-se o aparecimento, desde o 2º dia de internamento, de lesões papulosas que alastraram e evoluíram, apresentando ao 5º dia lesões papulosas, vesiculares,

pusculosas e em cicatrização nos membros inferiores e superiores, tronco, dorso, face e couro cabeludo, típicas de varicela. Dada a má resposta aos corticóides e antibioterapia e perante este achado, iniciou aciclovir endovenoso e colheu zaragatoa das pústulas. A doente ficou apirética desde o primeiro dia com aciclovir, obtendo-se posteriormente o resultado da zaragatoa que foi negativo para vírus Varicela-Zoster mas positivo para o vírus Herpes Simplex 1, tendo-se feito o diagnóstico de herpes cutâneo disseminado no contexto de imunossupressão com corticóides e azatioprina. A reactivação da infecção herpética pode-se verificar com as terapêuticas imunossupressoras aplicadas na Doença Inflamatória Intestinal, mas manifesta-se normalmente por atingimento mucoso limitado. A sua apresentação cutânea de forma disseminada nestes doentes sob corticóides (e, neste caso, 3 semanas de azatioprina em baixa dose) não está bem documentada na literatura.

125. LESÕES CUTÂNEAS GRAVES EM DOENTES DE CROHN SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA

E. Rodrigues-Pinto, F. Magro, F. Osório, S. Lopes, S. Magina, G. Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Descrição: Cinco doentes (quatro mulheres e um homem) com doença de Crohn [DC] sob tratamento com anticorpos anti-factor necrose tumoral alfa (anti-TNF α) - dois sob Inliximab [IFX] e três sob Adalimumab [ADA] - desenvolveram erupções de natureza eritemato-descamativa no couro cabeludo, com lesões hiperqueratóticas e exsudativas associadas, que induziram alopecia inflamatória não cicatrizante. Todos os doentes apresentaram também erupções psoriasiformes no tronco/membros bem como envolvimento de pregas cutâneas, sendo que um desenvolveu uma lesão psoriasiforme plantar. Sem antecedentes pessoais de psoríase, dois dos três doentes tratados com ADA já tinham efectuado tratamento prévio com IFX, sem o desenvolvimento de lesões cutâneas. Aquando do desenvolvimento das lesões, três doentes estavam sob terapêutica combinada com Azatioprina. A etiologia infecciosa foi excluída, tendo sido realizada biópsia cutânea em todos os doentes, que mostrou acantose regular com hiperqueratose, um número variável de neutrófilos na epiderme e um infiltrado predominantemente linfocítico/misto na derme. Foi iniciado tratamento tópico em todos os doentes (corticoesteróides, derivados de vitamina D, alcatrão, ácido salicílico, ureia e tacrolimus), contudo, mesmo assim, foi necessário descontinuar a terapêutica biológica em quatro. Quatro dos doentes iniciaram terapêutica sistémica com Metotrexato, sendo que um deles também foi medicado com Ciclosporina.

Motivação e justificação: A terapêutica biológica pode ser muito eficaz no tratamento da DC bem como da psoríase, contudo, também pode estar implicada na indução paroxística de lesões psoriasiformes. Não foram identificados até agora factores de risco, parecendo, no entanto, existir um componente genético e ambiental. Não se sabe se a psoríase induzida pelos anti-TNF? é um efeito de classe, nem se o switch para outro anti-TNF? melhora as lesões psoriáticas.

126. ECOGRAFIA E ECOENDOSCOPIA ANO-RECTAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

D. Ferreira, T. Moreira, P. Lago, F. Castro-Poças, C. Caetano, M. Salgado, I. Pedroto

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

Introdução: A ecografia e ecoendoscopia ano-rectal (US/EUS-AR) são métodos de elevada acuidade diagnóstica na avaliação das complicações perianais na Doença Inflamatória Intestinal (DII).

Objetivo: Caracterizar os achados da US/EUS-AR em pacientes com DII.

Métodos: Avaliámos 236 pacientes com DII e suspeita de envolvimento perianal, submetidos a US/EUS-AR no período de 1/9/2000 a 30/9/2012. Obtidos dados demográficos, clínicos e ultrassonográficos.

Resultados: Realizadas 398 US/EUS-AR a 236 pacientes com DII. Avaliados 220 pacientes com Doença de Crohn (DC) e 16 com Colite Ulcerosa (CU). Número médio de EUS-AR/paciente: 1,69 (+1,2). Sexo feminino: 56% DC, 66%CU. Duração média DC 12,65 anos e na CU 14,32 anos. Duração média da doença perianal na DC 7,49 anos e na CU 6,28 anos. A US/EUS-AR foi normal em 7,7% (n = 17) na DC e em 18% (n = 3) na CU. Localização DC: L1 = 27,4%, L2 = 32,6%, L3 = 40%. Comportamento DC: B1 44,5%, B2 31%, B3 24,5%. Cirurgia perianal: n = 178. Setons: n = 115. Tratamento médico: Antibioterapia 87%, Azatioprina/6MP 68%, MTX 11%, Biológicos 45%. Achados na CU: Fístula Intersfínteriana: n = 7, Transesfínteriana: n = 4, Supraesfínteriana: n = 3, Ano-vaginal: n = 1, Abscesso perianal: n = 4, Alterações eco-estruturais: n = 2. Achados na DC: Fístulas: n = 270, Superficiais: n = 5, Intersfínterianas: n = 125, Transesfínterianas: n = 108, Supraesfínterianas: n = 65, Ano-vaginais: n = 12, Recto-vaginais: n = 3, Ano-uretrais: n = 2. Abscessos: n = 84. Alterações ecoestruturais: n = 82, Laceração EAI: n = 50, Lacerações do EAE: n = 8, Fissura anal: n = 24, Estenose anal: n = 3.

Conclusões: A maioria dos achados ultrassonográficos na DII são complicações supurativas. Observou-se uma elevada prevalência de alterações eco-estruturais e lacerações esfínterianas, a maioria devido a processos supurativos crónicos e complicações cirúrgicas.

127. ILEOCOLITE: MAIS UMA DOENÇA DE CROHN?

D. Trábulo, J. Mangualde, F. Augusto, I. Cremers, A.P. Oliveira

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

Os autores descrevem o caso de um doente de 62 anos, referido para realização de colonoscopia de rotina para controlo de pólipos colorrectais. No ileon terminal e válvula ileo-cecal, observou-se hiperémia, edema e congestão da mucosa, com múltiplas ulcerações profundas e serpiginosas cobertas de exsudado purulento, que se biopsaram. A restante mucosa do cólon e recto apresentava áreas congestionadas e petequiais. Após uma colheita cuidada da história clínica, o doente referia um quadro de diarreia aquosa sanguinolenta, febre e dor abdominal, com início cerca de uma semana antes do exame. Negava febre, sudorese nocturna ou perda ponderal. Colocaram-se as hipóteses diagnósticas de colite infecciosa, doença de Crohn ou tuberculose intestinal. O exame anátomo-patológico revelou perda e destruição de criptas e de células caliciformes, úlceras lineares, fissuras, processo inflamatório transmural, espessamento da submucosa, com áreas poupadas, aspectos sugestivos de Doença de Crohn em fase activa. O exame bacteriológico, micológico e parasitológico das fezes revelou-se negativo, bem como a pesquisa de *Giardia lamblia* e serologias para *Yersinia enterocolitica* e *Shistosoma*. As serologias para *Campylobacter jejuni* revelaram-se positivas. O doente efectuou terapêutica com ciprofloxacina durante 12 dias, com completa remissão clínica e endoscópica. O *Campylobacter jejuni* representa uma causa importante de gastroenterite, apesar da sua frequência ser subestimada. Na maioria dos casos, constitui uma doença auto-limitada, mas raramente pode estar associada a complicações graves. Este caso é apresentado pela exuberância dos achados endoscópicos e pela dificuldade diagnóstica na distinção entre um episódio inaugural de doença inflamatória intestinal e uma colite infecciosa atípica. Pretende-se, assim, alertar para a exclusão de infecção por *Campylobacter jejuni* na avaliação de doentes com suspeita ou agudização

de doença de Crohn, sobretudo se for necessária terapêutica com corticosteróides ou imunossupressores.

128. UM CASO DE NEUROTOXICIDADE GRAVE E RARA AO METRONIDAZOL APÓS CIRURGIA EM DOENTE COM CROHN

D. Ferreira, M. Salgado, J. Damásio, P. Lago, I. Pedrito

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

Introdução: O metronidazol é mais eficaz que o placebo na prevenção de recidiva endoscópica grave ao 1 ano após cirurgia na Doença de Crohn (DC) mas com três vezes mais efeitos adversos que o placebo. A neuropatia periférica é frequentemente descrita, sendo a síndrome cerebelosa, encefalopatia e crises epilépticas complicações muito mais raras.

Caso clínico: Mulher de 37 anos com DC A2L1B2. Internada por quadro oclusivo do delgado com necessidade de ressecção ileocecal urgente. Teve alta com 44 Kg de peso, medicada com metronidazol 1500 mg/dia. Dois meses após o início do fármaco desenvolve quadro de parestesias das extremidades e posteriormente desequilíbrio. No exame neurológico apresentava disartria escandida, hipostesia álgica em luva (pelo punho) e peúga (pelo joelho), sem alteração de sensibilidade proprioceptiva, reflexos osteotendinosos presentes e simétricos, dismetria apendicular bilateral e marcha atáxica com funâmbulo muito instável. A TC cerebral revelou hipodensidade simétrica dos núcleos dentados, na substância branca profunda dos hemisférios cerebelosos e mesencéfalo. Foi suspenso o metronidazol com franca melhoria da síndrome cerebelosa ao fim de uma semana e melhoria progressiva das alterações sensitivas periféricas. A RM cerebral, realizada 10 dias após a suspensão do metronidazole, não mostrou alteração de sinal das estruturas da fossa posterior. Um mês depois, apresentava hipostesia álgica em peúga e discreta instabilidade no funâmbulo. Documentamos em vídeo a evolução clínica da doente.

Conclusões: Apresentamos um caso de toxicidade ao metronidazol com envolvimento sequencial do sistema nervoso periférico e central. Após interrupção do fármaco ocorreu rápida melhoria da síndrome cerebelosa e das alterações imagiológicas das estruturas da fossa posterior. Pretendemos chamar a atenção para os potenciais riscos associados a esta terapêutica, à necessidade de ajuste de dose ao peso e alertar para as formas mais raras e graves de neurotoxicidade associadas que se não forem atempadamente identificadas causam danos neurológicos irreversíveis.

129. QUADRO SARCOIDOSE-LIKE PULMONAR NUM DOENTE TRATADO COM ANTI-TNF

P. Magalhães Costa, L. Lebre, M.H. Lucas, C. Chagas, T. Saldanha, L. Matos

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

Com a crescente aplicação de moléculas Anti-TNF em gastrenterologia, têm vindo a ser reportados, de forma crescente, os seus efeitos adversos, nomeadamente os infecciosos. Após o início destes agentes, a necessidade de vigilância de complicações infecciosas está bem reconhecida, no entanto, o início de complicações não infecciosas, que pode ser insidioso, ainda é subestimado. Neste contexto, complicações pulmonares não infecciosas, embora raras, devem ser detectadas precocemente, implicando a suspensão do agente biológico. Os autores apresentam uma complicação pulmonar não infecciosa muito rara no contexto do uso de Infliximab numa doente com Colite Ulcerosa. Trata-se de uma mulher de 54 anos com Colite Ulcerosa extensa, que por corticoddependência iniciou terapêutica imunossupressora com Infliximab em Abril de 2010

entrando em remissão clínica. Após 7 meses de terapêutica inicia quadro de tosse seca de difícil controlo e dispneia para pequenos esforços. O exame objetivo era normal, a telerradiografia de tórax não apresentava alterações, mas, por persistência das queixas, é realizada uma TC-Torácica multicorte e de alta resolução que documenta múltiplos pseudo-nódulos/infiltrados nodulares pulmonares bilaterais, sem calcificações. No seguimento faz broncofibroscopia que não revela alterações endobrônquicas e a análises do lavado bronco-alveolar demonstra linfocitose alveolar e um *ratio* CD4⁺/CD8⁺ normal. A análise microbiológica de secreções e do LBA foi negativa, sem células neoplásicas. Foi assim assumido um quadro Sarcoidose-like pulmonar. A doente foi medicada sintomaticamente com anti-histaminico e, levantada a suspeita de toxicidade por Infliximab, que foi suspenso. Após 1 mês, verificou-se o desaparecimento por completo dos sintomas e novo TC ao final de 2 meses objetivou o desaparecimento por completo das lesões pulmonares. Apesar de haver descrições de quadros sarcoidose-like após início de Infliximab em patologia reumatológica, emgastroenterologia, num doente com Colite Ulcerosa, até à data, não existem outros casos publicados.

130. ÚLCERA RECTAL E PERIANAL POR HERPES SIMPLEX VIRUS

A. Albuquerque, R. Ramalho, C. Eloy, G. Macedo

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

Mulher de 59 anos admitida por Doença Graves, referia à data de admissão retorragias e ulceração perianal com 6 meses de evolução. A observação da região perianal revelou extensa ulceração geográfica e a colonoscopia mostrou uma úlcera na linha pectínea com extensão para o recto distal com bordos mal definidos. A histologia mostrou mucosa com ulceração que apresentava, no bordo da úlcera, células multinucleadas com núcleos "vitrificados" e aumentados. No estudo imuno-histoquímico, os núcleos das células multinucleadas foram positivos com o anticorpo anti-Herpes vírus II. Foi feita terapêutica com aciclovir endovenoso durante 14 dias, com completa resolução.

131. AINDA HÁ LUGAR PARA A CITOLOGIA NO ESTUDO DAS ESTENOSES DA VIA BILIAR?

A. Oliveira, D. Branquinho, S. Campos, N. Almeida, D. Gomes, E. Camacho, A. Rosa, F. Portela, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A etiologia das estenoses da via biliar (VB) é por vezes difícil de estabelecer. Dado ser um exame pouco dispendioso e fácil de executar, a citologia biliar é frequentemente o método de colheita principal. No entanto, vários outros métodos têm surgido com taxas de sensibilidade superiores. O objetivo deste trabalho é determinar a acuidade e utilidade da citologia da VB na prática clínica, utilizando a técnica clássica.

Doentes e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com estenoses da VB submetidos a CPRE com colheita citológica, no período compreendido entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2011. O resultado da citologia foi comparado com o diagnóstico final, estabelecido por histologia da peça operatória ou evolução clínica de pelo menos um ano.

Resultados: Foram incluídos 59 doentes, com média etária de 67 ± 13 anos, sendo 67,8% do sexo masculino. A maioria das estenoses localizavam-se no terço distal da VB (64,4%), seguidas do terço médio (18,6%), terço proximal (10,2%) e placa hilar (6,8%). O resultado da citologia foi insuficiente em 6 doentes (10,2%), normal em

6 (10,2%), com alterações benignas em 27 (45,8%) e malignas em 20 (33,8%). Vinte e nove doentes (49,2%) foram submetidos a intervenção cirúrgica e 40,7% faleceram. O diagnóstico final foi de malignidade em 64,4% dos casos e benignidade em 35,6%. Comparando o diagnóstico citológico com o resultado final verificámos que a citologia por CPRE apresenta: sensibilidade-52,8%; especificidade-94,1%; valor preditivo positivo-95%; valor preditivo negativo-48,5%; acuidade-66%.

Conclusões: Apesar da sua baixa sensibilidade, a citologia deve manter-se como modalidade diagnóstica inicial na obtenção de material para o estudo etiológico de estenoses da via biliar. O aparecimento de novos métodos de diagnóstico ou novas metodologias de colheita das amostras podem e devem complementar o uso da citologia.

132. COLANGITE SECUNDÁRIA A ROTURA DE QUISTO HIDÁTICO

A. Nunes¹, C. Fonseca¹, R. Loureiro¹, G. Machado², J. Mulet², J. Freitas¹

¹Serviço de Gastreenterologia do Hospital Garcia de Orta. ²Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Garcia de Orta.

Doente do sexo masculino, com 39 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, internado por colangite aguda. A ecografia abdominal mostrou hepatomegália de contornos regulares; nódulo no lobo esquerdo, com 56 mm, sugestivo de quisto hidático (classificação da OMS: CE4); colédoco com conteúdo não litiasico e dilatação da via biliar principal. A serologia para *Echinococcus granulosus* foi positiva (> 1/2500). Efetuou CPRE tendo o colangiograma mostrado colédoco dilatado com conteúdo heterogéneo e vias biliares intra-hepáticas dilatadas, sobretudo à esquerda, admitindo-se comunicação com lesão quística. Foi feita exploração da via biliar com balão após infundibulotomia e pequena papilotomia complementada por dilatação com balão hidroestático de 10 mm, verificando-se saída de pús, cálculos e membranas de quisto hidático. Houve melhoria da colangite, mantendo antibióterapia e albendazol e sido submetido, dois meses depois, a periquistectomia hepática esquerda por laparoscopia. A rotura de um quisto hidático para a via biliar é a complicação mais comum da hidatidose, podendo originar colangite aguda. A abordagem terapêutica preferencial é a cirurgia para excisão total da lesão. No entanto, a CPRE tem um papel importante no diagnóstico e é o tratamento de escolha na colangite aguda. Apresenta-se o vídeo da CPRE.

133. ICTERÍCIA OBSTRUTIVA: ACESSO ANTERÓGRADO À VIA BILIAR COM BASE NA TÉCNICA DE RENDEZ-VOUS ECOENDOSCOPIA-CPRE

M.A. Túlio, I. Chapim, R. Herculano, P. Costa, S. Marques, L. Carvalho, P. Pinto-Marques, T. Bana, D. Serra, L. Matos

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

I.N.P., sexo masculino, 68 anos, com antecedentes de transplante renal, sob imunossupressão, hepatite B crónica, sob Lamivudina. Internado para esclarecimento de quadro clínico, com uma semana de evolução, caracterizado por icterícia da pele e escleróticas, colúria e acolia. Analiticamente, salientava-se anemia normocítica normocrómica, padrão de citólise hepática (AST 480 UI/l, ALT 536 UI/l) e de colestase hepática (FA 303 UI/l, GGT 2652 UI/l) com hiperbilirrubinémia conjugada (bilirrubina total inicial de 6,7 mg/dl, tendo atingido 29,2 mg/dl de valor máximo). Ecograficamente, apresentava dilatação das vias biliares intrahepáticas (VBIH). Efetuou Colangiografia por Ressonância Magnética, que evidenciou dilatação das VBIH mais acentuada à esquerda, via biliar principal

(VBP) dilatada até à porção terminal, de contorno regular e bem definido e discreta dilatação regular do canal de Wirsung. Após duas tentativas de canulação da via biliar por Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), sem sucesso mesmo depois de pré corte, optou-se por técnica de *Rendez-Vous*: canulação da VBP por acesso anterógrado através de punção com agulha 19-A (Cook) via D2, proximal à ampola, colocação de fio guia 0,035 na VBP com exteriorização retrógrada pela papila duodenal; permitindo desta forma canulação da via biliar por CPRE com esfínterotomia e colocação de prótese biliar plástica, com excelente drenagem. Objetivou-se dilatação da VBP de 20 mm, *stop* abrupto periampular condicionado por lesão hipocóide de cerca de 12 mm, periampular, pancreático não dilatado. Efetuadas biopsias convencionais que se encontram em curso. Apresentam-se imagens de ecoendoscopia, endoscopia e fluoroscopia. Trata-se de um caso de icterícia obstrutiva por lesão periampular no qual o acesso à via biliar apenas é possível por uma técnica inovadora de *rendez-vous* combinando ecoendoscopia e CPRE. A utilização de agulhas de 19 gauge no acesso periampular mostrou-se exequível e segura permitindo a inserção direta de fio guia de 0,035 mm.

Pâncreas e Vias Biliares

134. COLANGIOGRAFIA ECOENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA - E QUANDO O RENDEZVOUS FALHA?

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

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

Doente do sexo masculino, 63 anos, com o diagnóstico de neoplasia da cabeça do pâncreas, estadio IIA, com cirurgia programada, quando desenvolve quadro de colangite aguda. Trata-se de um doente submetido a antrectomia e gastrojejunostomia tipo Billroth II aos 40 anos, por estenose pilórica. Analiticamente apresentava subida dos parâmetros inflamatórios (17000 leucócitos, 93% neutrófilos, PCR 9,5 mg/dl) e colestase (fosfatase alcalina 472 U/L, gama-glutamyltransferase 1192 U/L, alanina aminotransferase 222 U/L, aspartato aminotransferase 105 U/L, bilirrubina total 9,4 mg/dl e bilirrubina directa 7,9 mg/dl). Verificou-se uma via biliar principal (VBP) dilatada, com 13 mm de diâmetro. Foi submetido a CPRE, não se conseguindo a canulação da VBP, apesar de pré-corte com faca de Mori. Procedeu-se a punção tranjejunal da VBP com agulha 19G guiada por ecoendoscopia, com colangiografia subsequente, observando-se a dilatação da VBP anteriormente descrita, com estenose distal. Não foi possível o rendezvous por persistente orientação distal do fio-guia. Optou-se pela abordagem retrógrada, com punção directa da VBP por ecoendoscopia, através da papila, com faca de Mori, sob controlo fluoroscópico, com colocação de prótese plástica 10 FR/5 cm, verificando-se drenagem imediata e abundante de biliar e pús. O doente evoluiu clinicamente bem, tendo sido submetido a duodenopancreatocetomia cefálica uma semana após. Os avanços na Ecoendoscopia têm possibilitado a execução de diversos métodos de acesso alternativos à via biliar. Neste caso, demonstrou-se a possibilidade de abordagem retrógrada da VBP por ecoendoscopia, com realização de terapêutica, através da papila, que permitiu uma adequada drenagem biliar.

135. LITÍASE VESICULAR ASSINTOMÁTICA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM POPULAÇÃO ADULTA PORTUGUESA

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

Serviço de gastroenterologia: Centro Hospitalar Vila Nova Gaia-Espinho; Associação de Apoio à Investigação e Formação em Gastroenterologia e Hepatologia.

A litíase vesicular é uma patologia que afeta 10-25% da população nos países ocidentais, embora em Portugal não seja conhecida a sua prevalência, nomeadamente da litíase assintomática. A etiologia é multifatorial, constituindo fatores de risco: a idade, obesidade, sexo feminino e a hipertrigliceridemia. A ecografia abdominal é o método ideal para o estudo da prevalência da litíase vesicular assintomática, constituindo um exame não invasivo e seguro.

Objetivo: Determinar a prevalência da litíase vesicular assintomática numa população adulta e avaliar fatores associados a litíase vesicular.

Material e métodos: Análise prospetiva de 283 indivíduos submetidos a ecografia abdominal para avaliação de litíase vesicular. Foram comparados dois grupos, um com litíase vesicular e outro sem litíase vesicular e avaliadas as características demográficas, índice de massa corporal (IMC), gordura visceral, triglicéridos (TGC), glicose, colesterol-HDL e ingestão alcoólica. Definida obesidade visceral valor > 6,9cm, ingestão excessiva de álcool valor > 20 g/dia nas mulheres e > 30 g/dia nos homens e glicose aumentada valor > 100 mg/dl. Testes estatísticos: qui-quadrado.

Resultados: Sexo masculino-53%; idade média-60,4 anos. 6,4% apresentava litíase vesicular assintomática e 5,3% foram colecistectomizados (litíase sintomática). Na totalidade, a litíase ocorreu em 11,7%. Os doentes com litíase vesicular assintomática apresentaram idade mais avançada ($63,7 \pm 7,95$ anos versus $60,4 \pm 6,46$ anos), IMC mais elevado (79,9% IMC > 25 versus 71,9% IMC > 25), maior ingestão alcoólica (46,2% versus 33,2%), e valores mais elevados de glicose em jejum (44,4% versus 31,9%) e de TGC (mediana-98,5 mg/dl versus mediana-97 mg/dl). Verificou-se associação negativa entre o HDL e a litíase assintomática ($p = 0,04$). Mais indivíduos com litíase vesicular apresentaram critérios de obesidade visceral (37,5% versus 17,9%).

Conclusões: No nosso estudo, a litíase vesicular assintomática apresenta uma prevalência de 6,4%. A litíase vesicular assintomática associou-se negativamente ao colesterol-HDL e verificou-se uma tendência positiva para a obesidade, idade mais avançada, ingestão alcoólica e valores mais elevados de glicose e TGC.

136. LITÍASE DA VIA BILIAR: O QUE FAZER QUANDO O CÁLCULO “ULTRAPASSA” A PRÓTESE

A. Fernandes, A. Torres, N. Almeida, D. Gomes, F. Portela, C. Sofia

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

As técnicas endoscópicas desempenham hoje um papel crucial na abordagem da litíase da via biliar principal (VBP). Contudo, nem sempre é possível remover endoscopicamente os cálculos e, em circunstâncias específicas, a manutenção a longo prazo da patência biliar com recurso a próteses plásticas configura-se com a alternativa mais benéfica. Os autores apresentam o caso de um doente com antecedentes de colecistectomia e gastrectomia parcial com montagem tipo Billroth II, referenciado para CPRE por apresentar coledocolitíase sintomática. O acesso endoscópico era difícil e estavam presentes cálculos de grandes dimensões pelo que não foi possível a sua extração, optando-se pela colocação de próteses

plásticas duplo pig-tail. Na impossibilidade de remoção endoscópica dos cálculos e, tendo o doente recusado cirurgia, optou-se pela substituição periódica das próteses. Numa dessas ocasiões, ao abordar-se a ansa aferente, constatou-se a presença de volumoso cálculo ocupando praticamente todo o lúmen e impossibilitando a progressão. Com o apoio radiológico verificou-se que este cálculo estava aderente às próprias próteses biliares, envolvendo as suas extremidades distais. Com dificuldade foi possível remover, com ansa de polipectomia, o cálculo e as próteses para a cavidade gástrica mas revelou-se impossível a sua passagem no esófago. Havendo uma forte possibilidade de vir a condicionar quadro obstrutivo luminal optou-se por fragmentar o cálculo com litotritor mecânico e, só após esta manobra, foi possível soltar e remover as próteses. Realizou-se posteriormente colangiograma que mostrou persistência da coledocolitíase pelo que foram posicionadas novas próteses plásticas na via biliar. Não se verificaram intercorrências. Este caso clínico, documentado iconograficamente, mostra uma complicação pouco habitual da presença de próteses na via biliar, com formação de um volumoso cálculo na extremidade distal das mesmas, sendo necessárias várias manobras interventivas para a resolução deste problema.

137. CITOLOGIA ESFOLIATIVA BILIAR NA AVALIAÇÃO DAS ESTENOSES BILIARES MALIGNAS

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

Hospital Espírito Santo, Évora.

Objetivo: As estenoses da via biliar extrahepática são originadas por uma variedade de doenças malignas e benignas, sendo a determinação da sua etiologia um desafio clínico. A citologia esfoliativa biliar (CEB) é o método mais utilizado na colheita de amostras durante a CPRE. Avaliou-se a acuidade da CEB para o diagnóstico de estenose biliar (EB) maligna.

Material: Análise retrospectiva de doentes submetidos a CPRE, entre 2008-2012, com o diagnóstico de EB e realização de CEB. Definiu-se EB maligna como estenose biliar dominante comprovada e suspeita de neoplasia pancreatobiliar. Classificaram-se como positivas as citologias suspeitas ou positivas para malignidade, e como negativas as negativas para malignidade ou com material insuficiente para diagnóstico (MID). O diagnóstico final foi confirmado por cirurgia, histologia, punção aspirativa agulha fina, imagiologia ou curso clínico.

Resultados: Dos 52 doentes com EB, incluíram-se 39 doentes com EB malignas (51,3% sexo feminino; idade média 74,1 anos), 13 doentes com EB benignas. Localização da EB maligna: 84,6% ducto biliar comum; 12,8% ducto hepático comum; 2,6% periampular. Comprimento da EB maligna: 89,7%, 1-3 cm; 7,7%, > 3 cm; 2,6%, < 1 cm. Diagnóstico presumível da EB maligna na CPRE: neoplasia do pâncreas (23 doentes; 59%); colangiocarcinoma (13 doentes; 33,3%); neoplasia da ampola (2 doentes; 5,1%); neoplasia da vesícula biliar (1 doente; 2,6%). Efetuou-se dilatação da EB maligna, pré-CEB, em 69,2%. A citologia da EB maligna foi positiva em 10 doentes (25,6%): positiva para malignidade (8 doentes), suspeita para malignidade (2 doentes); negativa malignidade (24 doentes), MID (5 doentes). Não se registraram complicações intraprocedimento. Diagnóstico final da EB maligna: 61,5% neoplasia pâncreas (24 doentes/6 CEB positivas); 30,8% colangiocarcinoma (12 doentes/4 CEB positivas); 5,1% sem diagnóstico (2 doentes); 2,6% neoplasia ampola (1 doente). Sensibilidade, especificidade, VPN e VPP para EB maligna: 27%; 100%; 32,5%; 100%.

Conclusões: Apesar da baixa sensibilidade, a CEB é uma técnica útil nos doentes com suspeita de neoplasia pancreatobiliar, dado ser segura.

138. HEMATOMA HEPÁTICO INFETADO - COMPLICAÇÃO RARA DE CPRE

A. Ferreira, R. Tato Marinho, R. Palma, P. Alexandrino, F. Ramalho, J. Veloso

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Doente do sexo masculino de 84 anos com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), tromboembolismo pulmonar, colecistectomia e dois episódios de colangite no último ano. Foi admitido para realização eletiva de CPRE após substituição da varfarina por enoxaparina e normalização do INR. A CPRE decorreu sem complicações, com canulação fácil da via biliar principal com fio guia. Não foi realizada esfínterectomia. Constatou-se a ausência de litíase. Não foi realizada antibiótoterapia profilática. Não teve alta após a CPRE devido a exacerbação da DPOC. Foi reiniciada a terapêutica com varfarina no segundo dia de internamento. Ao 10º dia referiu dor intensa no hipocôndrio direito e verificou-se queda de hemoglobina (14 para 10,7 g/dL) e INR de 4,2. A ecografia revelou massa heterogênea com 10 x 9 cm no lobo direito do fígado, compatível com hematoma. A anticoagulação foi suspensa. Após três dias verifica-se quadro de sépsis grave com lesão renal aguda pelo que é iniciado meropenem e vancomicina. A TC abdominal confirma o diagnóstico de hematoma hepático e punciona-se para estudo bacteriológico. É identificado *Enterococcus faecium* e a antibiótoterapia é descalada de acordo. A evolução inicial foi favorável. Após cinco semanas suspende-se a vancomicina, mas após dois dias o quadro séptico surge de novo. O doente está internado há quatro meses, com vários cursos de antibiótoterapia dirigida prolongada e drenagem percutânea em duas ocasiões mas sempre com recidiva infecciosa subsequente. O hematoma hepático é uma complicação rara pós CPRE tendo sido descrito pela primeira vez em 2000 por Ortega et al. Pode ser detetado tardiamente, estando descrito um caso com cinco dias de intervalo. Apesar de ser considerada uma complicação rara tem-se verificado recentemente um aumento do número de relatos na literatura, o que aponta para uma incidência maior do que a esperada.

139. NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL DA VIA BILIAR PRINCIPAL: ENTIDADE CLÍNICA RARA E RECENTE

A. Rodrigues, D. Ferreira, C. Caetano, A. Duarte, I. Pedroto

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António.

Mulher de 68 anos, antecedentes de Colecistectomia por litíase em 2011. Referenciada à nossa consulta em Agosto de 2012 por dor abdominal no hipocôndrio direito, anemia e colestase, sem repercussão de relevo no estado geral. Apresentava anemia macrocítica (Hb 10,8 g/dL) e colestase (TGO 6 XN, TGP 5 XN, GGT 40 XN, FA 16 XN) com exame ultrassonográfico a revelar VBP dilatada (14 mm) no interior da qual, se individualizava material ecogêneo endoluminal com cerca de 3.3cm, podendo corresponder a lama biliar. Realizada colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) em Setembro de 2012 que demonstrou VBP dilatada com imagem de subtração irregular de 3cm no seu terço médio. Efectuada exploração biliar com recolha de tecido tumoral hemorrágico. Exame histológico revelou carcinoma papilar intraductal. Submetida a duodenopancreatocetomia cefálica em Janeiro de 2013, com avaliação extemporânea a confirmar margens livres. Internamento complicado por colecção peri-pancreática com 85 mm, que resolveu com antibiótoterapia (impossibilidade de drenagem percutânea). Alta clínica ao 26º dia. Avaliação histológica demonstrou carcinoma papilar intraductal não invasor da via biliar principal, de crescimento maioritariamente exofítico com gânglios linfáticos não metastizados (Tis N0M0). As neoplasias papilares intraductais das vias biliares extra-hepáticas são entidades muito raras, descritas pela

primeira vez em 2000 por Albores-Saavedra et al e só reconhecidas em 2010 como entidade patológica distinta pela Organização Mundial de Saúde. Apresentam crescimento tipicamente exofítico e prognóstico favorável, constituindo lesões precursoras de carcinoma invasivo pelo que devem ser tratadas com ressecção completa. De realçar a raridade das imagens colangiográficas que apresentam.

140. METÁSTASE INTRAPANCREÁTICA DE TUMOR DE CÉLULAS RENAI: CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA RECORRENTE

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

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Os autores apresentam, com documentação iconográfica, um caso clínico de hemorragia digestiva alta recorrente de etiologia pouco comum e diagnóstico difícil. Doente do sexo masculino, 64 anos de idade, hipertenso, submetido a nefrectomia direita por neoplasia de células renais há 6 anos, foi admitido por melenas e cansaço fácil. O exame físico era inocente, apresentando analiticamente ligeira leucocitose e anemia normocítica (8,1 g/dl). A endoscopia digestiva alta demonstrou lesão vascular solitária no bulbo duodenal, não ulcerada, com hemorragia em babamento, interpretada como lesão de Dieulafoy. Realizou com sucesso hemostase endoscópica (adrenalina diluída e endoclips) e teve alta ao 4º dia de internamento, medicado com inibidor da bomba de prótons. Três meses após o episódio inicial, o doente foi admitido novamente por melenas, com estabilidade hemodinâmica e moderada diminuição do valor de hemoglobina (10,5 g/dl). Endoscopicamente identificou-se, novamente no bulbo, uma lesão polipóide violácea, irregular e erodida, com hemorragia em babamento. Por suspeita de lesão de natureza vascular, optou-se pela injeção de Hystoacril® e Lipiodol®, com controlo hemorrágico eficaz. As biópsias realizadas evidenciaram a presença de lesão de natureza angiomatosa. O estudo imagiológico por angio-tomografia computadorizada abdominal realizada em ambulatório, identificou lesão entre a parede duodenal e o pâncreas, com cerca de 4 cm, sem efeito de massa, com múltiplas calcificações e forte componente vascular, sugestiva de lesão angiomatosa. A reavaliação endoscópica (e ecoendoscópica) demonstrou alteração do padrão endoscópico, identificando-se lesão infiltrativa, irregular, com proeminências violáceas centralmente erodidas. Após nova recidiva hemorrágica e discussão das hipóteses diagnósticas e terapêuticas com o doente, optou-se pela realização de laparotomia exploradora. O doente foi submetido a pancreatoduodenectomia clássica após identificação de lesão pancreática com infiltração da parede duodenal. O estudo histopatológico revelou excisão completa de metástase intrapancreática de neoplasia de células renais, com invasão da parede duodenal.

141. METÁSTASE AMPULAR DE NEOPLASIA DA MAMA: UM ACHADO INCOMUM

S. Giestas, S. Lopes, C. Agostinho, P. Souto, E. Camacho, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: cerca de 1/3 dos doentes com neoplasia da mama desenvolve doença metastática geralmente para o fígado, pulmão ou osso. No entanto, a apresentação como icterícia obstrutiva devido a uma lesão única metastática de carcinoma mamário invasivo para ampola de Vater é extremamente rara.

Caso clínico: doente sexo feminino, 59 anos. Antecedentes pessoais de lúpus eritematoso sistémico (medicada com Sulfato

Hidroxicloroquina e Micofenolato mofetil), diabetes mellitus tipo 2 não insulino tratada e nódulo da mama esquerda em estudo (histologia em curso). Recorre ao serviço de urgência por icterícia mucocutânea associada a prurido intenso. Sem colúria, acolia, dor abdominal ou febre. Os resultados laboratoriais revelaram um padrão obstrutivo (bilirrubina total de 9 mg/dl, bilirrubina direta de 6,4 mg/dl, AST-126 UI/L, ALT-208 UI/L, FA 726 IU/L, GGT 796 IU/L) e parâmetros inflamatórios negativos. Estudo ecográfico limitado por interposição gasosa intestinal visualizando-se marca da dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas. Tomografia abdominal revelou dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas (colédoco com 17 mm) e na região ampular nódulo com 13mm sugestivo de ampuloma. Durante internamento a histologia do nódulo mamário revelou tratar-se de carcinoma mamário invasivo. CPRE mostrou papila de Vater moderadamente aumentada de volume com mucosa irregular e congestiva sugestiva de ampuloma tendo-se efetuado biópsias; vias biliares intra e extra-hepáticas dilatadas com estenose do colédoco terminal numa extensão de $\pm$ 1 cm. Foram colocadas duas próteses biliares plásticas. Histologia da ampola de Vater demonstrou infiltração da papila por carcinoma ductal invasor da mama. A doente encontra-se atualmente sob quimioterapia paliativa

Conclusões: O envolvimento do trato gastrointestinal por metástases de neoplasia da mama é raro existindo poucos casos descritos. Este caso enfatiza a necessidade de considerar este diagnóstico perante um quadro de icterícia obstrutiva.

142. ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO (EUS-FNA) DE MASSAS DO PÂNCREAS: EXPERIÊNCIA DE DOIS ANOS

C. Fidalgo¹, S. Faia¹, J. Pereira da Silva¹, S. André², A. Dias Pereira¹

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

Introdução: A ecoendoscopia com punção (EUS-FNA) é fundamental no diagnóstico de massas pancreáticas, permitindo a caracterização citológica.

Objetivo: Revisão da nossa experiência em EUS-FNA de massas pancreáticas durante 2 anos.

Material: Analisados retrospectivamente os relatórios de EUS-FNA de massas pancreáticas de Jan/2011 a Dez/2012. Avaliados dados dos doentes, lesões, punções e citologias obtidas. Follow-up (FU) com consulta do processo clínico ou contacto telefónico. Obtidos os relatórios das peças dos doentes operados.

Resultados: Realizaram-se 117 EUS em 101 doentes (41 mulheres: 60 homens); idade média $64,4 \pm 11,5$ (22-82 anos) de lesões sólidas pancreáticas (2 EUS-9 doentes; 3 EUS-2 doentes; 4 EUS-1 doente). FU médio = $9,3 \pm 7$ (0-27) meses. 14/101 doentes perdidos para FU. Clínica: 30-assintomáticos; 14-icterícia; 7-dor; 2-emagrecimento; 1-pancreatite; 1-hipoglicémia; 63-sem registo. Localização: 75-cabeça; 26-corpo; 16-cauda. Dimensão lesional: 35 ± 14 mm (8-87). Realizada punção em 106/117 (91%) dos procedimentos. Agulha utilizada: 22G (100/102); 25G (1/102); 22G e 19G (1/102). Número médio de passagens (citopatologista na sala) = $3,6 \pm 1,5$ (1-8). Não se registaram complicações. Diagnóstico citológico em 77% (82/106) dos casos. Diagnóstico citológico definitivo: ADC-46; TNE-4; T. Pseudo-papilar-2; Metástase Carc. Células Renais (CCR)-1; Pancreatite focal-17; Neoplasia productora de muco-3; outros-5. Orientação após procedimento: QT paliativa-34; cirurgia-18; repetição EUS-5; FU por imagem-19; palição de sintomas-8; QRT neo-adjuvante-2; QT para linfoma-1; perdidos FU-14. Dos 18 doentes operados: ADC ductal-8; TNE-2; T.Pseudo Papilar-2; Metástase de CCR-2; ADC em IPMN-1; Baço acessório intra-pancreático-1; Pancreatite focal-1; Paraganglioma-1. Concordância entre a citologia e a peça cirúrgica em todos os casos excepto 2 (ADC com

citologia de pancreatite focal e paraganglioma com citologia com células atípicas).

Conclusões: A EUS-FNA na avaliação de massas sólidas do pâncreas é uma técnica segura, com possibilidade de realização de punção na maioria dos casos (91%) e com diagnóstico citológico em 77% dos casos com citopatologista na sala.

143. NEOPLASIA MUCINÓIDE PAPILAR INTRADUTAL COMO CAUSA DE PANCREATITE CRÔNICA

S.R. Fernandes, L. Araújo Correia, H. Cortez-Pinto, R. Esteves, A. Gonçalves, C. Ferreira, J. Velosa

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria.

As neoplasias mucinóides papilares intradutais (IPNM) representam um espectro raro de neoplasias pancreáticas (7,5%) caracterizadas pela dilatação quística do canal pancreático ou suas ramificações. Pela semelhança da apresentação clínica são frequentemente confundidas com outras causas de pancreatite, podendo ser responsáveis por alguns casos de pancreatite idiopática. Homem de 67 anos com história de pancreatite aguda recorrente de etiologia indeterminada desde os 37 anos, derivação pancreato-jejunal aos 40 anos e evidência radiológica de pancreatite crônica (PC) aos 48 anos. Apresentava tabagismo moderado e negava consumo de álcool. Internado por dor abdominal, melenas e cansaço fácil. Endoscopia digestiva alta com lesão logo abaixo de D2 ocupando metade da circunferência e um terço do lúmen com histologia de neoplasia epitelial papilar com displasia de alto grau. Tomografia computadorizada revelando aumento e heterogeneidade da cabeça do pâncreas e calcificações. Admitiu-se neoplasia da cabeça do pâncreas sendo realizada duodeno-pancreatetomia cefálica com excisão da lesão cuja histologia revelou IPMN com focos de adenocarcinoma invasivo com boas margens de ressecção. Atualmente encontra-se assintomático. O nosso caso exemplifica a dificuldade em diagnosticar as IPMN. Ao longo de três décadas o quadro clínico e as alterações radiológicas foram interpretadas no contexto da história natural da PC, chegando-se ao diagnóstico apenas após doença estabelecida. O fato de se tratar de uma entidade descrita apenas recentemente e as alterações da morfologia regional condicionadas pela derivação cirúrgica do canal pancreático terão contribuído para o atraso no diagnóstico. Estudos epidemiológicos sugerem diferenças importantes entre as IPMN e outras causas de PC no que concerne a sexo, idade, álcool e tabaco sugerindo tratarem-se de entidades diferentes. A cirurgia permanece o tratamento de eleição pelo potencial de malignização, com excelente sobrevida na doença local (90% aos 5 anos). Embora incomum, é importante considerar esta entidade no diagnóstico diferencial de pancreatite idiopática.

144. DIAGNÓSTICO DE PANCREATITE AUTO-IMUNE - UM DESAFIO CLÍNICO

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

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Descrição: Quatro doentes, dois do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 65 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de doença pancreato-biliar. Dor abdominal foi o sintoma de apresentação em todos eles, sendo que dois apresentavam icterícia obstrutiva. Analiticamente apresentavam amilase/lipase elevada (3-4 vezes o normal), com padrão misto de citólise/colestase, com hiperbilirrubinémia mista variável e elevação de marcadores inflamatórios. A imunoglobulina (Ig) G₄ estava aumentada em três doentes, sendo o restante estudo imunológico negativo. Os métodos de imagem (radiológicos e endos-

cópicos) evidenciaram globosidade e hiperecogenicidade pancreática. Um dos doentes foi submetido a laparotomia exploradora por suspeita de neoplasia pancreática, com extemporâneo negativo para malignidade. A histologia pancreática foi inespecífica, sendo que um dos doentes tinha infiltrado inflamatório com predomínio de polimorfonucleares neutrófilos, com raríssimos plasmócitos. Foi iniciada corticoterapia com Prednisolona (entre 25 e 60 mg/dia) com normalização clínica (em todos os doentes) e melhoria analítica (completa em três), com diminuição dos níveis séricos de IgG₄ em todos os doentes (normalização em dois). Foi repetida imagem em dois dos doentes após início de corticoterapia com redução da espessura e da globosidade do pâncreas. Um dos doentes apresentou recidiva analítica e clínica após redução completa de corticoterapia, estando actualmente no 2º ciclo de corticoterapia, com nova melhoria analítica. Em um dos doentes foi feito posteriormente o diagnóstico de Colite Ulcerosa (proctite).

Justificação: Pancreatite auto-imune (PAI) é uma forma distinta de pancreatite crônica, com dois subtipos, sendo importante o diagnóstico diferencial com neoplasia pancreática. O diagnóstico permanece um desafio clínico, com necessidade de conjugação de vários critérios. Na variante seronegativa a apresentação clínica pode simular uma pancreatite aguda. Descrevemos quatro casos de pancreatite auto-imune com diagnóstico difícil, nos quais a resposta ao tratamento foi importante para estabelecimento do diagnóstico.

145. PANCREATITE AGUDA: CUIDADO COM O QUE COME

S. Giestas, A. Fernandes, J. Carvalheiro, M.J. Pereira, C. Agostinho, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A etiologia infecciosa da pancreatite aguda (PA) é rara (menos de 2%). As salmoneloses são infeções comuns que podem em 10-15% dos casos apresentar complicações severas. A PA como complicação da infeção por *Salmonella paratyphi* é incomum existindo apenas alguns casos reportados na literatura.

Caso clínico: doente do sexo feminino, 57 anos. Sem antecedentes pessoais relevantes. Recorre ao serviço de urgência (SU) por febre (máximo 38,7° C) associada a diarreia (> 6 dejeções/dia, sem sangue, muco ou pus), náuseas e vômitos pós prandiais com cerca de 10 dias de evolução. Medicada, pelo médico assistente, 3 dias após o início do quadro clínico com Imodium® sem melhoria. Queixas de dor epigástrica intensa sem irradiação, no dia anterior à vinda ao SU. Refere no dia anterior ao início dos sintomas ingestão de maionese preparada no domicílio. Nove dias após a ingestão o esposo foi internado por rabdomiolise e insuficiência renal aguda. Filha com quadro de gastroenterite aguda ligeira. Na admissão no SU doente desidratada, hipotensa (80/51 mmHg) e febril (39° C). Abdómen: doloroso à palpação profunda do quadrante superior esquerdo. Analiticamente de salientar elevação da amilase (1200U/L) e lipase (900U/L), hipocaliémia (2,9 mmol/L) e parâmetros inflamatórios aumentados (leucocitose 11,300 × 10³/uL; PCR 14,5 mg/dL). Iniciou empiricamente ciprofloxacina. Ecografia abdominal sem alterações de relevo. Coproculturas e testes serológicos positivos para *Salmonella paratyphi* A (sensível antibióterapia instituída). Hemoculturas negativas. Doente com boa resposta clínica e analítica tendo tido alta ao sexto dia de internamento.

Conclusões: apesar de rara o reconhecimento da infeção por *Salmonella paratyphi* como causa de PA deve ser considerado (sobretudo num doente com contexto epidemiológico), visto que o início precoce de terapia antibiótica adequada tem importantes implicações no prognóstico destes doentes.

146. PUNÇÕES GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE DIFERENTES MÉTODOS E SEUS RESULTADOS

J. Santos-Antunes, S. Lopes, F. Baldaque-Silva, P. Andrade, R. Coelho, G. Macedo

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

Introdução e objetivo: A Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) tem vindo a ser cada vez mais usada para o diagnóstico de lesões no trato gastro-intestinal. O objetivo deste trabalho foi avaliar a experiência do serviço e determinar a acuidade diagnóstica das punções guiadas por ecoendoscopia.

Material: Avaliação retrospectiva das ecoendoscopias com PAAF entre Abril de 2010 e Março de 2013. Os procedimentos foram realizados por 2 operadores, com ecoendoscópio linear Olympus® GF-UCT140 e ecógrafo Aloka® Prosound alfa-5SV. Utilizaram-se agulhas Echotip Ultra e Echotip ProCore da Cook Medical®.

Resultados: Das 1395 ecoendoscopias altas efectuadas, 117 foram PAAFs, em 58 (49.6%) doentes do sexo masculino, com idade média de 59 ± 14 anos. As principais indicações foram lesões pancreáticas (67%), lesões gástricas (7%), da via biliar principal (6%), e mediastínicas (6%). Foram usadas agulhas aspirativas de 19G em 32%, 22G em 54% e 25G em 14% dos casos. A acuidade diagnóstica das agulhas 19G foi superior às de 22G (83% vs 56%, $p = 0,02$); não houve diferenças significativas entre as 22G e 25G. Foram utilizadas agulhas ProCore® em 23 punções (22 com agulhas 22G e 1 com agulha 19G), com estabelecimento diagnóstico em 17 (74%), em comparação com 62 em 94 (66%) com as agulhas de aspiração ($p = 0,47$). Em 38% dos casos foi realizado exame extemporâneo, com aumento da acuidade diagnóstica (73% vs 65%, $p = 0,38$). Foram realizadas mais passagens em exames efectuados na presença do anátomo-patologista (2,80 vs 2,03, $p = 0,001$). A localização das lesões não foi preditiva para o sucesso ($p = 0,529$). Trinta e sete doentes foram submetidos a cirurgia, com correlação com o diagnóstico obtido por PAAF em 87%.

Conclusões: A PAAF é um bom procedimento para esclarecimento diagnóstico em lesões acessíveis à ecoendoscopia. O tipo de agulha pode ser decisivo para a eficiência da técnica e a presença de um anátomo-patologista parece melhorar a acuidade diagnóstica.

147. DRENAGEM ENDOSCÓPICA TRANSMURAL DE COLEÇÕES LÍQUIDAS PANCREÁTICAS GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS.

A. Santos, C. Leitão, H. Ribeiro, J. Pinto, B. Pereira, A. Monteiro, A. Caldeira, E. Pereira, R. Sousa, J. Tristan, A. Loureiro, A. Banhudo

Serviço de Gastreenterologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Introdução: As colecções líquidas pancreáticas podem constituir sequelas de pancreatite aguda grave. Tradicionalmente a cirurgia era considerada o tratamento de escolha para as colecções sintomáticas. No entanto, mais recentemente, têm sido utilizadas com sucesso várias abordagens terapêuticas endoscópicas, menos invasivas, nomeadamente a drenagem transmural guiada por ecoendoscopia.

Casos clínicos: Apresentam-se dois casos clínicos suportados por iconografia de drenagem endoscópica transmural de colecções líquidas pancreáticas. O primeiro caso refere-se a um doente do sexo masculino, 66 anos, com antecedentes de Pancreatite aguda de etiologia litíase complicada por pseudoquisto pancreático volumoso (> 12 cm de maior diâmetro). O diagnóstico foi estabelecido através de tomografia computadorizada abdominal e de eco-endoscopia, realizadas no contexto de queixas álgicas abdominais. Como atitude terapêutica optou-se pela realização de drenagem endos-

cópica transmural, com colocação de duas próteses plásticas através da parede gástrica, após marcação do local de drenagem por ecoendoscopia. O segundo caso refere-se a uma doente do sexo feminino, 79 anos, internada por quadro compatível com pancreatite aguda alitiásica, complicada por colecção abcedada peripancreática localizada na retrocavidade dos epíloons e medindo 13,5 cm de maior eixo. Foi efectuada avaliação por ecoendoscopia com marcação do local de punção com tinta da china. Com cistóstomo no local indicado efectuou-se orifício na parede gástrica com introdução de 3 próteses de duplo pigtail e posterior drenagem de conteúdo purulento. Ambos os casos decorreram sem intercorrências peri-procedimento, acabando os doentes por ter alta clinicamente melhorados.

Conclusões: A drenagem endoscópica foi bem sucedida em ambos os casos, evitando o recurso a terapêutica cirúrgica. Apresenta-se iconografia endoscópica e ultrassonográfica muito curiosa e discute-se a abordagem terapêutica.

148. APLICAÇÃO DA ECOENDOSCOPIA NA DRENAGEM DE PSEUDOQUISTOS PANCREÁTICOS

S. Lopes, J. Santos-Antunes, F. Baldaque-Silva, P. Andrade, R. Coelho, G. Macedo

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

Introdução e objetivo: A drenagem de colecções guiada por ecoendoscopia tem adquirido um relevo crescente na endoscopia de intervenção. O objetivo deste trabalho foi avaliar a experiência do nosso serviço na drenagem de pseudoquistos pancreáticos.

Métodos: Revisão dos procedimentos realizados entre Setembro de 2009 e Março de 2013. Os procedimentos foram realizados por 2 operadores, utilizando o ecoendoscópio linear Olympus® GF-UCT 140 e o ecógrafo Aloka® Prosound alfa-5 SV. As agulhas utilizadas foram as EchoTip® Ultra da Cook Medical. Todos os procedimentos foram efectuados com controlo fluoroscópico.

Resultados: Foram realizadas 34 drenagens de pseudoquistos pancreáticos. A idade média foi de 52 ± 13 anos e 53% eram do sexo masculino. Em 53% dos casos o pseudoquisto localizava-se na região cefalopancreática, 24% no corpo do pâncreas, 20% na cauda e 3% (1 caso) no processo unciforme. A abordagem foi transgástrica em 90% dos casos. O tamanho médio das lesões foi de 37 ± 22 mm. Em todos os casos foi colhida uma amostra para doseamento de CEA, amilase e citologia. Registaram-se três complicações: uma hemorragia digestiva durante o procedimento, com necessidade de interrupção do exame e 2 pneumoperitoneus diagnosticados no pós procedimento imediato. Após um tempo de follow-up máximo de 51 meses verificou-se uma elevada taxa de sucesso com esta técnica, tendo apenas um doente necessitado de cirurgia e um doente de repetição da técnica por recorrência da colecção.

Conclusões: Os dados recolhidos nesta análise retrospectiva salientam a grande segurança e elevada taxa de eficácia na drenagem de pseudoquistos pancreáticos por punção transendoscópica guiada por ecoendoscopia.

149. QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM PANCREATITE CRÓNICA

M.J. Pereira¹, N. Dias², Z. Romão¹, M.F. Cunha², C. Sofia¹

¹Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, CHUC. ²Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, CHUC.

Introdução: A pancreatite crónica (PC) é uma doença caracterizada por episódios recorrentes de dor abdominal, associada a insuficiência progressiva exócrina e endócrina, requerendo por vezes múltiplas hospitalizações para tratamento da doença.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida em doentes com PC.

Material e métodos: Revisão retrospectiva de todas as punções, biópsias ou peças de ressecção cirúrgica pancreática, com o diagnóstico histológico de PC, desde Janeiro de 1998 a Dezembro de 2012. Excluídos os casos de PC associados a tumores malignos. Aplicado o Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), com o intuito de avaliar o estado de saúde física e mental.

Resultados: Revistos 467 resultados histológicos de patologia pancreática, dos quais 16,5% (n = 77) referentes a PC, nomeadamente 51,9% casos (n = 40) de PC associada a processos obstrutivos neoplásicos pancreáticos ou das vias biliares e 40,1% casos (n = 37) de PC isoladamente. Aplicado o Questionário SF-36v2 a 15 doentes (não conseguido contacto com os restantes). Sexo masculino: 70,6%, média etária: 48,6 ± 10,4 anos. Etiologia da PC: etílica 66,6%, auto-imune 33,4%. Scores médios obtidos, nomeadamente saúde física: 44,2 e saúde mental: 35,8 (score de 0 a 100, quanto mais elevado o score melhor o estado de saúde). Os respectivos valores verificados estão de acordo com os dados fornecidos pela literatura.

Conclusões: 1. Os doentes com PC têm uma qualidade de vida substancialmente comprometida. 2. A saúde mental encontra-se significativamente mais afectada do que a saúde física. 3. Os autores pretendem salientar a importância do uso dos questionários do estado de saúde em doentes com PC com o intuito de seleccionar quais os doentes que necessitam de uma abordagem terapêutica e psicológica mais intensiva.

150. CISTOS PANCREÁTICOS DISOGENÉTICOS EM DOENTE COM SÍNDROME DE WALLENBERG

E. Rodrigues-Pinto, P. Pereira, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Descrição: Doente do sexo masculino com 57 anos de idade realizou estudo imagiológico abdominal para estudo de queixas urinárias. O doente apresentava antecedentes de hipertensão arterial, doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral e oclusão da veia central da retina em 2005), patologia prostática e litíase renal e estando medicado com aspirina, bloqueador beta, anti-hipertensor e alisquirénio. O estudo imagiológico (tomografia abdominal posteriormente complementada por ressonância) revelou múltiplas formações císticas pancreáticas pericentrimétricas com calcificações associadas, sem dilatação do wirsung nem lesões nodulares sólidas focais sugestivas de malignidade. Apresentava igualmente múltiplos cistos renais e uma lesão cística uniloculada mesentérica sugestiva de linfangioma cístico do mesentério ou pseudoquistos não pancreático. Estas lesões não eram previamente conhecidas, nem o doente apresentava clínica sugestiva de doença pancreática. Recentemente foi diagnosticado enfarte isquémico agudo na metade esquerda do bolbo raquidiano secundária a dissecação de um aneurisma da artéria vertebral esquerda (síndrome de Wallenberg). Apresentava múltiplas irregularidades do calibre dos ramos do polígono de Willis com alargamentos e estenoses, configurando um padrão vascular de tipo vasculítico, contudo, estudo imunológico foi negativo, não existindo evidência de anomalias retinianas, nomeadamente, vasculite.

Motivação e justificação: Cistos pancreáticos são um grupo heterogêneo de lesões, que podem ser benignas ou malignas. Doença policística pancreática é uma condição rara, geralmente assintomática, embora se possa apresentar com dor abdominal inespecífica. Pode ocorrer isoladamente ou em associação com cistos renais, hepáticos, do sistema nervoso central ou anomalias retinianas. Podem surgir complicações, nomeadamente, hemorragia, infecção, ruptura ou obstrução e o tratamento inclui vigilância, drenagem ou ressecção. Apresentamos um doente com cistos pancreáticos disoigenéticos sem evidência de lesões císticas do sistema nervoso central. Questiona-se se este doente poderá ter envolvimento futuro do sistema nervoso central.

151. DIAGNÓSTICO DE LESÕES PANCREÁTICAS GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE DIFERENTES MÉTODOS E SEUS RESULTADOS

J. Santos-Antunes, S. Lopes, F. Baldaque-Silva, P. Andrade, R. Coelho, G. Macedo

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

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar a experiência do nosso serviço e determinar a acuidade diagnóstica das punções guiadas por ecoendoscopia (PAAF) em lesões pancreáticas.

Material: Análise retrospectiva das ecoendoscopias com PAAF de lesões pancreáticas entre Abril de 2010 e Março de 2013.

Resultados: Das 117 PAAFs realizadas, 72 (67%) foram em lesões pancreáticas (79% lesões sólidas). Utilizaram-se agulhas Echotip Ultra e Echotip ProCore da Cook Medical®. Foi efectuada profilaxia antibiótica nas lesões quísticas. Metade dos doentes eram do sexo masculino, com idade média de 58 ± 14 anos. O tamanho médio das lesões foi 38 ± 19 mm. 87% das lesões localizavam-se na cabeça e corpo, não havendo diferenças no sucesso da punção consoante a localização. Foram usadas agulhas aspirativas de 19G em 34%, 22G em 57% e 25G em 9% das punções, com obtenção de material adequado em 65% dos casos. Foram utilizadas agulhas ProCore em 15 casos (14 com agulhas 22G e 1 com agulha 19G). As agulhas ProCore possibilitaram diagnóstico em 10 casos (67%). Os diagnósticos mais frequentes foram adenocarcinoma (50%) processos inflamatórios inespecíficos (28%), IPMN (13%) e tumor neuroendócrino (9%). Foi realizado exame extemporâneo em 35% dos casos; com aumento da acuidade diagnóstica, embora sem significado estatístico (68% vs 64%, p = 0,723). Vinte e cinco (39%) doentes foram submetidos a cirurgia, e 22 (33%) necessitaram de quimioterapia. Em 2 casos os resultados foram falsos negativos, com PAAF sem malignidade mas análise histológica da peça cirúrgica a demonstrar adenocarcinoma.

Conclusões: A realização de PAAF em lesões pancreáticas demonstrou uma acuidade diagnóstica significativa, com obtenção de material em 2/3 dos casos, possibilitando o estabelecimento de uma orientação terapêutica adequada e dirigida.

152. REMISSÃO BIOQUÍMICA E IMUNOLÓGICA NA HEPATITE AUTO-IMUNE NÃO IMPEDE A PROGRESSÃO HISTOLÓGICA

E. Rodrigues-Pinto, P. Pereira, S. Lopes, H. Cardoso, M. Margarida, R. Gonçalves, A. Sarmento, A.M. Vale, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução: A hepatite auto-imune (HAI) é uma doença hepática crónica progressiva, com um curso flutuante. Foram definidos critérios de diagnóstico posteriormente simplificados para facilitar a sua aplicação clínica.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes com HAI num centro de referência.

Métodos: Estudo transversal em doentes com HAI seguidos na consulta de hepatologia. Foram excluídos os doentes com síndrome de sobreposição.

Resultados: 41 doentes (73% do sexo feminino) com idade mediana ao diagnóstico de 38 anos (4-82). 54% tinham anticorpos anti-nucleares positivos, 37% tinham anti-musculo liso. A classificação metávor ao diagnóstico foi F0 ou F1 em 31% dos doentes, F2 ou F3 em 33% e F4 em 36%, sendo que 24% progrediram histologicamente, estando actualmente 46% dos doentes em estadio F4. Histologicamente, 41% tinham hepatite de interface e 47% tinham infiltrado linfoplasmocítico. 38% dos doentes alcançaram remissão bioquímica, 50% remissão imunológica e 26% negataram os auto-anticorpos. Durante o tempo de seguimento, 64% dos doentes apresentaram flares de actividade e um doente foi transplantado. Dois doentes suspenderam terapêutica, com recidiva num deles. 15% dos doentes estão medicados com prednisolona, 10% com azatiopri-

na, 10% com budesonide e 58% com terapêutica combinada. 27% dos doentes desenvolveram complicações relacionadas com a terapêutica. O grau de concordância entre o score original e o simplificado foi 37,5% ($p = 0,023$). Os níveis de transaminases, de imunoglobulinas, o número de doentes com remissão bioquímica/imunológica e a ocorrência de flares não foi influenciado pelo metavir nem pelo grau de actividade histológica. A progressão não foi influenciada pelo metavir ao diagnóstico, pela presença de autoanticorpos, pela associação com outras doenças auto-imunes, nem pela presença de flares ($p = 0,052$), embora nesta última se verificasse uma tendência para progressão se presentes.

Conclusões: Existe progressão da actividade histológica, mesmo quando remissão bioquímica ou imunológica. Na prática clínica raramente se suspende a terapêutica.

153. ACUIDADE DOS FIBROSCANS INVÁLIDOS NO DIAGNÓSTICO DE FIBROSE HEPÁTICA SIGNIFICATIVA

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

Hospital de Braga.

Introdução: A elastografia hepática transitória (Fibroscan®-FS) é um método instrumental não invasivo de avaliação da fibrose hepática. Uma das limitações deste procedimento é a necessidade de obter pelo menos 10 medições válidas, com razão IQR/dureza < 30% e taxa de sucesso > 60%, o que condiciona a interpretação do exame.

Objetivo: Avaliar a capacidade dos FS inválidos para o diagnóstico de fibrose hepática significativa.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com FS considerado inválido e que realizaram biópsia hepática (BH) entre 2008 e 2013. Definiu-se fibrose significativa como Metavir $F \geq 2$. Calculou-se a capacidade (sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo e AUROC) dos FS inválidos para o diagnóstico de $F \geq 2$, utilizando o cut-off para fibrose significativa de acordo com a patologia de base. A análise estatística foi feita com SPSS 20.0 para Mac®.

Resultados: Incluídos 56 doentes (idade média 47 ± 11 anos; 62,5% do género masculino) com FS inválido, 18 por IQR/dureza > 30% (mediana 40,5%, mínimo 34%, máximo 136,8%), 29 por taxa de sucesso < 60% (mediana 43%, mínimo 5%, máximo 56%) e 9 por ambos. A indicação do exame foi hepatite B crónica em 21 doentes, hepatite C crónica em 15, esteato-hepatite não alcoólica em 8 e outros motivos em 12. A BH revelou F0, F1, F2, F3 e F4 em 19, 20, 11, 3 e 3 doentes, respectivamente. A sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo e AUROC dos FS inválidos para o diagnóstico de $F \geq 2$ foi de 76% (IC 95%: 50-93%), 92% (IC 95%: 79-98%), 81,2% (IC 95%: 54,3-95,7%), 90% (IC 95%: 76,3-97,1%), 0,84 (IC 95%: 0,71-0,97, $p < 0,01$). O motivo de invalidez do exame não se associou a alteração significativa do valor preditivo negativo, mantendo-se > 88%.

Conclusões: Na nossa série, os resultados apresentados demonstram uma boa acuidade dos FS inválidos na exclusão de fibrose significativa.

154. HEPATITE C GENÓTIPO 3 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA À TERAPÊUTICA ANTIVÍRICA

A. Albuquerque, H. Cardoso, M. Casal Moura, A.M. Horta e Vale, S. Lopes, J.A. Sarmento, P. Pereira, M. Marques, F. Vilas Boas, F. Araújo, G. Macedo

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

Introdução: A hepatite C pelo genótipo 3 (HC3) é considerada clinicamente favorável devido a melhores taxas de resposta ao tratamento antivírico, em relação aos genótipos 1 e 4.

Objetivo: Caracterização dos doentes com HC3 e avaliação de factores preditivos de resposta ao tratamento antivírico.

Métodos: Análise de coorte retrospectiva de doentes diagnosticados com HC3 num só serviço, entre 2006-2012.

Resultados: Amostra de 95 doentes com idade média 45 ± 9 anos, 76% do género masculino. Diagnóstico de hepatite crónica em 99% dos doentes, 25% apresentavam cirrose compensada e 13% descompensada, 5% tinham carcinoma hepatocelular (CHC), 4% tinham co-infecção com VIH e 2% foram transplantados. Foi instituído tratamento antivírico em 58% dos casos, 29% dos cirróticos vs 73% dos não cirróticos ($p < 0,001$). Os principais motivos de não poder tratar foram: abandono da consulta (35%), cirrose descompensada (22%) e comorbilidades (15%). Dos doentes que iniciaram tratamento 66% tiveram resposta virológica sustentada (RVS), 16% suspenderam por intolerância, 12% abandonaram a consulta/tratamento, 4% tiveram recidiva e 2% resposta nula. Os doentes com cirrose apresentaram pior resposta (RVS 22% vs 78%, $p = 0,003$) e maior intolerância (suspensão 56% vs 8%, $p = 0,002$). Os doentes que iniciaram tratamento tinham menor idade ($p = 0,024$), níveis superiores de hemoglobina ($p = 0,043$) e plaquetas ($p = 0,004$). A RVS associou-se a idade mais jovem ($p = 0,018$) e maior contagem de plaquetas ($p = 0,02$).

Conclusões: Nesta amostra demonstra-se a gravidade da HC3, considerando que cerca de 40% destes doentes já apresentavam cirrose, e nalguns casos CHC, ao diagnóstico. Apesar de a RVS ser próxima de 80% nos casos sem cirrose, apenas 29% dos doentes com cirrose apresentaram condições para tratamento e destes apenas 22% alcançaram RVS. Estes factos realçam a importância de um diagnóstico precoce, uma melhor intervenção psicológica e social, bem como a necessidade de terapêuticas que permitam tratar a cirrose descompensada e reduzir os casos de suspensão por intolerância.

155. PORTADORES INACTIVOS DE VÍRUS DA HEPATITE B: FACTORES PREDITIVOS DE SEROCONVERSÃO ESPONTÂNEA A ANTIHBS.

M. Casal Moura, A.M. Horta e Vale, R. Coelho, H. Cardoso, A. Sarmento, M. Marques, P. Pereira, S. Lopes, G. Macedo

Hospital São João, EPE.

Introdução: Os doentes infectados por vírus hepatite B (VHB) podem evoluir para estado de portador inactivo (PI): DNA baixo ou indetectável.

Objetivo: Avaliar os doentes que seroconverteram e os seus factores preditivos.

Métodos: Estudo coorte retrospectivo de 157 doentes PI, seguidos em consulta de hepatologia durante 15 anos (1998-2013). Destes foram excluídos 33, com tratamentos prévios com interferão, 20 seroconverteram (60,6%) e 7 reactivaram (21,2%). Na amostra ($n = 124$), 15 doentes (12,1%) seroconverteram a antiHbS (VHBs), 107 (86,3%) não seroconverteram (VHBns) e 2 reactivaram (1,6%). Para comparação de grupos utilizou-se o qui-quadrado e o Mann-Whitney. Avaliamos factores preditivos de seroconversão por regressão logística.

Resultados: A maioria dos VHBs eram homens ($n = 10$), mais velhos (60 vs 52 anos, $p = 0,002$), apresentando genótipo A e D. Nos VHBs nenhum apresentava viremia que permitisse genotipagem, mas esta era menor (33 vs 5350 UI/mL, $p < 0,01$) e mais uniforme sem picos ($p = 0,035$). A fibrose documentada em biópsia hepática era menor nos VHBs ($p = 0,003$) mas semelhante estimada por fibroscan (5,2 vs 5,5 KPa, $p = 0,350$). Nenhum doente VHBs apresentou complicações, hepatite crónica, hepatocarcinoma ou morreu. A taxa incidência de seroconversão foi 1% doentes/ano e o tempo de follow-up maior nos VHBs (14 vs 6 anos, $p = 0,003$). Os factores preditivos de seroconversão foram: idade mais velha (OR 1,07, $p =$

0,004), viremias mais baixas (OR 0.99, $p = 0.049$) e maior follow-up (OR 1,23, $p = 0,002$).

Conclusões: Os doentes com viremias menores e submetidos a tratamento prévio apresentam maior probabilidade de seroconverter. Aqueles que reactivaram só foram detectados por ser ter mantido o follow-up e passaram a ser tratados.

Fígado

156. INTERLEUCINA 28B COMO PREDITOR DE RESPOSTA À TERAPÊUTICA NA HEPATITE C, GENÓTIPO 1

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

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: Na literatura internacional, estão publicados estudos que demonstram que a interleucina 28b humana (IL28b) é um bom preditor de resposta ao tratamento de doentes com infecção crónica do vírus C (VHC) genótipo 1. O papel da IL28b na nossa população de doentes permanece por definir.

Objetivo: Avaliar a resposta ao tratamento com interferão peguilado e ribavirina nos doentes com VHC genótipo 1 e relacioná-la com os genótipos da IL28b (CT, CC e TT).

Métodos: Análise retrospectiva de doentes VHC genótipo 1, tratados ou em tratamento (no mínimo na 4ª semana) no nosso Centro, de acordo com as recomendações internacionais e com determinação da IL28b. Obtiveram-se dados demográficos, clínicos, laboratoriais, imagiológicos e resposta virológica ao tratamento. Por análise estatística uni e multivariada identificaram-se preditores de resposta ao tratamento na nossa população.

Resultados: Foram incluídos no estudo 42 doentes de raça caucasiana, 61,9% do sexo masculino (idade média de 46,62 anos), 47,6% ($n = 20$) do genótipo CT, 38,1% ($n = 16$) do CC e 14,3% ($n = 6$) do TT. Previamente ao tratamento, a carga vírica média era de 1.772.170 UL/ml, 50% dos doentes apresentava ecografia compatível com esteatose hepática e 54,8% ($n = 23$) aminotransferases aumentadas (2-3 vezes o limite do normal). Registou-se resposta virológica rápida (RVR) em 23,8% ($n = 10$) doentes, 70% ($n = 7$) do genótipo CC ($p = 0,023$) e 60% ($n = 6$) com carga vírica inferior a 600.000 UL/ml ($p = 0,02$). Obteve-se resposta virológica sustentada (RVS) em 47,2% (17) dos doentes, 53% ($n = 9$) pertencentes ao genótipo CC e 35,2% ($n = 6$) ao CT (0 doentes do genótipo TT). Na análise multivariada verificou-se que o genótipo CC, a RVR e aminotransferases aumentadas estavam associados a uma maior probabilidade de RVS ($p = 0,011$, $p = 0,001$ e $p = 0,012$, respetivamente).

Conclusões: Estes resultados apoiam a utilização da IL28b na nossa população como preditor de resposta ao tratamento dos doentes VHC genótipo 1. Os doentes com genótipo CC podem ser os melhores candidatos ao tratamento convencional.

157. INFLUÊNCIA DA IL28B E DA RESPOSTA VIRAL RÁPIDA NA RESPOSTA VIRAL SUSTENTADA NA HEPATITE C CRÓNICA

A. Ferreira, S. Vitor, R.T. Marinho, F. Ramalho, J. Velosa

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

Introdução e objetivo: A eficácia sub-ótima da terapêutica da hepatite C crónica tem levado à avaliação crescente de fatores

preditivos da eficácia da terapêutica. O polimorfismo rs12979860 do cromossoma 19q13, conhecido como IL28B, e a resposta viral rápida (RVR) têm elevado poder preditivo. O objetivo foi determinar a frequência de RVR e dos polimorfismos da IL28B e a sua relação com a resposta viral sustentada (RVS).

Material e métodos: Estudo retrospectivo num hospital universitário, que incluiu doentes com hepatite C crónica submetidos a terapêutica dupla (interferão peguilado e ribavirina) a quem tivessem sido efetuada a determinação da IL28B. Foram avaliados parâmetros demográficos, fibrose hepática, genótipo, polimorfismo IL28B e viremia pré-terapêutica; Análise estatística com o teste qui quadrado.

Resultados: Foram avaliados 200 doentes com idade média de $49,6 \pm 10,6$ anos; 59,5% (119/200) do sexo masculino; 32,8% com fibrose intensa/cirrose hepática e 43,6% com fibrose ligeira; 72,5% genótipo 1 (36,6% 1a; 63,6% 1b); 15% genótipo 3; 8% genótipo 4; 1% genótipo 2 e 0,5% genótipo 5; mediana das cargas virais foi 1.258.925 UL/mL (Q1 398.107; Q3 4.073.803). O genótipo IL28B foi CT em 52%; CC em 31,5% e CC em 16,5%. Terminaram terapêutica há mais de 6 meses 148 doentes, 43,9% com RVS e 56,1% sem RVS; 28% apresentaram RVR. A presença de RVR e o polimorfismo CC revelaram uma correlação significativa com a RVS ($p < 0,0001$ e $p = 0,0348$).

Conclusões: Na terapêutica dupla da hepatite C crónica, o genótipo IL28B e a RVR são dois poderosos fatores preditivos de eficácia.

158. PRIMEIRA DESCOMPENSAÇÃO DE CIRROSE: A ROTURA DE VARIZES ASSOCIA-SE A DOENÇA HEPÁTICA MENOS AVANÇADA E MELHOR PROGNÓSTICO

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

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

Objetivo: Analisar implicações clínicas da 1ª descompensação de cirrose e determinar factores associados a mortalidade hospitalar e mortalidade a 1 e 3 anos consoante o tipo de descompensação de cirrose.

Métodos: Estudámos 279 doentes consecutivos internados pela 1ª descompensação de cirrose seguidos até à morte/fim do estudo. Tipos de descompensação de cirrose: ascite, hemorragia por rotura de varizes (RV), encefalopatia hepática (EH) e icterícia. Analisamos a associação dos tipos de descompensação de cirrose com etiologia e gravidade de cirrose, parâmetros bioquímicos, infecções e hepatite alcoólica grave (HAG) e carcinoma hepatocelular (CHC) tal como a mortalidade hospitalar, e mortalidade a 1 e a 3 anos. (IBM®SPSS®20).

Resultados: Idade média $56,7 \pm 13,8$ anos, 224 (80%) homens. Tipo de descompensação de cirrose: ascite-131 (47%), RV-85 (30,5%), icterícia-35 (12,5%), EH-28 (10%). Etiologia de cirrose: álcool-181(65%), álcool+vírus-40 (14%), vírus-37 (13%), outros-21 (8%). Gravidade de cirrose: Score Child-Pugh (CP)-10 $\pm$ 2, score MELD-16 $\pm$ 7. Classes de CP: A-31 (12%), B-98 (37%), C-135 (51%). HAG presente em 62/274 (23%) e CHC em 36/278 (13%) doentes. O tempo médio de seguimento foram $25,8 \pm 33,8$ meses com mediana de 11 (IQR 1,4-41,8) meses. Taxas de mortalidade: Hospitalar-15% (41/279), 1 ano-42% (98/231), 3 anos-59% (121/206). A RV associou-se a escores de CP. Mortalidade hospitalar foi maior nos doentes com icterícia ($p = 0,016$) especialmente aqueles com concomitante HAG ($p < 0,001$). Não se verificou diferença significativa nas taxas de mortalidade a 1 ano. A 3 anos, a RV associou-se a significativamente menor taxa de mortalidade em relação aos outros tipos de descompensação de cirrose ($p = 0.005$).

Conclusões: A maioria dos doentes tem doença hepática avançada na 1ª descompensação de cirrose. Embora as taxas de mortalidade hospitalar sejam baixas, verifica-se aumento exponencial de mortalidade a 3 anos. A RV associa-se a melhor prognóstico provavelmente por associar-se a doença hepática menos avançada.

159. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA HIPERTENSIVA VS NÃO-HIPERTENSIVA NA CIRROSE HEPÁTICA

A. Pina, J.M. Ferreira, I. Pedroto

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

Introdução: Os diferentes mecanismos fisiopatológicos subjacentes à HDA hipertensiva e não-hipertensiva justificam abordagens diversas. Iniciados precocemente, de preferência antes da endoscopia, os vasoconstritores esplâncnicos e os inibidores da bomba de prótons modificam o prognóstico em cada uma das situações, respectivamente.

Objetivo: Estudar o valor discriminativo de dados clínicos pré-endoscópicos em relação à causa de HDA no doente cirrótico - hipertensiva vs não-hipertensiva.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente 140 episódios de urgência por hemorragia digestiva em doentes cirróticos no ano 2012. Foram excluídos os episódios de hemorragia digestiva baixa, de causa desconhecida e recidivas. Foram comparados os episódios de HDA hipertensiva vs não-hipertensiva em relação a dados demográficos, clínicos e analíticos pré-endoscópicos, bem como hora da endoscopia.

Resultados: Foram identificados 87 episódios de HDA sendo 66 de causa hipertensiva. A HDA hipertensiva teve uma representação significativamente maior no sexo masculino (VPP 88%, $p = 0,02$) e perante sinais de instabilidade hemodinâmica à admissão (VPP 84%, $p = 0,02$). No subgrupo de doentes não transferidos de outros hospitais, verificou-se uma tendência para o predomínio de HDA hipertensiva quando a endoscopia foi realizada no período noturno, i.e. 20 h-8 h (VPP 81%, $p = 0,052$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação à idade, etiologia e gravidade da hepatopatia, medicação crónica, sintomas ou hemoglobina à admissão.

Discussão: O presente estudo parece demonstrar que o sexo masculino, o período circadiano e os parâmetros hemodinâmicos constituem factores preponderantes de HDA hipertensiva no cirrótico sangrante. Este aspecto assume particular relevância na tomada de decisão para cuidados diferenciados. O tamanho relativamente pequeno da amostra poderá ser limitativo. No entanto, estes achados, de acordo com os dados publicados na literatura, permitem-nos aferir a prática clínica real.

160. CONSUMO DE ÁLCOOL SEM EFEITO NA GRAVIDADE OU NA PROGRESSÃO DA CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA

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

Departamento de gastroenterologia, CHLN. Unidade de Nutrição e Metabolismo, IMM, FML.

Introdução: O efeito do álcool na gravidade e no prognóstico da cirrose biliar primária (CBP) permanece obscuro. Pretendeu-se avaliar o impacto da ingestão de álcool na gravidade das lesões histológicas, bem como outros potenciais factores de mau prognóstico em doentes com CBP.

Métodos: Análise retrospectiva de 78 doentes com CBP seguidos na nossa unidade, com avaliação histológica realizada entre

1997 e 2010. Excluídos 37 doentes por síndrome de sobreposição ou ausência de registos clínicos na admissão ou durante o seguimento. O consumo de álcool no momento da biópsia foi registado.

Resultados: Incluídos 41 doentes, 85,4% mulheres, idade média $52,2 \pm 1,8$ anos, follow-up médio $6,4 \pm 0,5$ anos e IMC médio $28,1 \pm 4,4$ kg/m². Padrões de consumo alcoólico: 66% sem consumo de álcool (SCA) e 44% com consumo activo (CA), média $60,3 \pm 9,4$ g/dia. A análise histológica revelou: fibrose em 100%, estadio avançado (estadio III-IV da classificação de Ludwig) em 43,9% e cirrose em 9,8%. Segundo os critérios de Barcelona, 81,1% responderam à terapêutica com ácido ursodesoxicólico (AUDC). Consumo de álcool sem associação com a prevalência de esteatose, necroinflamação, estadio histológico avançado ou cirrose. Verificou-se uma associação positiva entre o estadio histológico e as seguintes variáveis: score de Mayo ($p = 0,036$), MELD ($p = 0,042$), Child-Pugh ($p = 0,017$) e fosfatase alcalina (FA) aumentada (2xLSN) ($p = 0,001$). Durante o follow-up, observou-se descompensação de doença hepática em 20% e transplante hepático em 12,2%. Nenhum doente desenvolveu carcinoma hepatocelular ou morreu. O prognóstico não se associou ao consumo de álcool. A ausência de resposta ao AUDC associou-se a descompensação clínica (57,1% vs 10%, $p = 0,015$) e a transplante hepático (57,1% vs 3,3%, $p = 0,002$), bem como FA aumentada e colesterol > 200 mg/dL ($p < 0,05$).

Conclusões: Consumo de álcool sem efeito aparente na gravidade histológica ou na progressão da CBP. Ausência de resposta ao AUDC, níveis aumentados de FA e colesterol elevado associaram-se a um prognóstico desfavorável.

161. SERÁ QUE O ÍNDICE DE ANISOCITOSE (RDW) PODE SER ÚTIL NOS DOENTES COM CIRROSE HEPÁTICA?

A. Oliveira, N. Almeida, T. Correia, S. Campos, S. Lopes, P. Souto, C. Sofia

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O coeficiente de variação do volume eritrocitário (RDW) mede o grau de anisocitose dos glóbulos vermelhos, expresso em percentagem. Estudos recentes têm sido efetuados para demonstrar o RDW como marcador de doenças inflamatórias e de risco para eventos cardiovasculares. Existem apenas alguns estudos que referem a elevação do RDW nos doentes com cirrose. O objetivo deste trabalho é verificar qual a importância do RDW nos doentes com doença hepática crónica.

Doentes e métodos: Estudo retrospectivo de 116 doentes internados com o diagnóstico de doença hepática crónica descompensada, durante o ano de 2011. Foram avaliados os seguintes parâmetros: etiologia e gravidade da doença hepática, presença de infeção e destino do doente. Assumiu-se o valor padrão de normalidade do RDW entre 11 e 15%.

Resultados: Os doentes incluídos tinham uma idade média de 62 ± 11 anos e 87,9% eram do sexo masculino. O valor médio do RDW foi de $17,9 \pm 2,9\%$. Não se verificou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) na correlação do valor de RDW com a etiologia da cirrose, a presença de infeção bacteriana, presença de varizes, ascite e falecimento do doente. Em contrapartida verificou-se correlação ($p < 0,05$) do valor de RDW com a classe de Child-Pugh (B vs C-16,1 vs 18,4) e na presença de encefalopatia (Sim-18,3% vs Não-16,9%).

Conclusões: O valor de RDW apresenta-se elevado nos doentes com doença hepática crónica e este aumento parece estar associado à gravidade da doença. No entanto, não parece aumentar a

susceptibilidade às intercorrências infecciosas nem está associado a um pior prognóstico nos doentes internados.

162. AS SEGUNDAS INFEÇÕES COMO FACTOR PREDITIVO DE MAU PROGNÓSTICO NOS DOENTES COM CIRROSE

A. Oliveira, N. Almeida, S. Campos, T. Correia, P. Souto, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Os doentes com doença hepática crónica (DHC) são mais susceptíveis a intercorrências infecciosas o que condiciona elevada morbi-mortalidade nesta população. O objetivo deste trabalho é verificar quais os fatores associados ao aumento da mortalidade nos doentes internados com cirrose e infeção.

Doentes e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados com o diagnóstico de DHC e infeção bacteriana, durante um ano. Dividiram-se em dois grupos: A-Falecidos; B-Não falecidos. Avaliaram-se os antecedentes pessoais, medicação habitual, parâmetros clínicos, analíticos e local de infeção. Análise estatística univariada e regressão logística através do SPSS v20.

Resultados: Incluíram-se 64 doentes (A-18; B-46), predominantemente do sexo masculino (A-88,9%; B-84,8%) e média etária de 67anos no Grupo A e 61 no Grupo B. Não houve diferença entre os dois grupos nos antecedentes pessoais, medicação e gravidade da doença (Child C 88,9% vs 81,9%; Meld 25 vs 22). Ocorreu diferença significativa relativamente ao tipo de infeção (A vs B) na Peritonite bacteriana espontânea (PBE) (55,6% vs 28,3%) e Infeção urinária (11,1% vs 43,5%), mas não na Pneumonia (38,9% vs 21,7%). Do exame objetivo e parâmetros analíticos à admissão apenas se verificou diferença ($p < 0,05$) na frequência cardíaca (102 vs 90 bpm), grau da ascite (Severa: A-61,1%; B-20%), leucócitos (16,5 vs 8,5 G/L) e ureia (48,4 vs 27,8 mg/dL). Dos 64 doentes 8 (12,5%) apresentaram uma segunda infeção (sequencial ou concomitante) e 6 deles (75%) faleceram ($p < 0,05$). A regressão logística apenas demonstrou significância para a PBE e uma segunda infeção.

Conclusões: A infeção nos doentes com DHC depende da gravidade da doença de base mas este fator, por si só, não acarreta pior prognóstico nos doentes infetados. A PBE e a ocorrência de um segundo foco infeccioso demonstraram ser factores preditivos de mortalidade e, portanto, a sua prevenção pode diminuir a taxa de mortalidade nos doentes internados.

163. FATORES ASSOCIADOS COM A MORTALIDADE HOSPITALAR EM DOENTES COM PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA

I. Ribeiro, M. Bastos, T. Pinto Pais, C. Fernandes, J. Silva, R. Pinho, S. Leite, S. Fernandes, M. Sousa, J. Carvalho, V. Dias, J. Fraga

Serviço de Gastreenterologia; Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia-Espinho.

Introdução: A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma complicação da cirrose hepática descompensada, com uma taxa de mortalidade hospitalar de 20-40%. A identificação de fatores preditivos de mau prognóstico é importante na abordagem desta patologia. Estudos referem que um score de MELD mais elevado se associa a um aumento da mortalidade. No entanto, outros questionam a sua utilidade e sugerem que o score de MELD integrado (iMELD) é mais fiável a predizer a mortalidade por PBE.

Objetivo: Identificar fatores associados com a mortalidade hospitalar por PBE; avaliar e comparar os scores de MELD, iMELD e Child-Pugh na mortalidade por PBE.

Material e métodos: Estudo retrospectivo caso-controlo de 69 doentes com PBE hospitalizados entre 2006-2012. O diagnóstico de PBE (> 250 polimorfonucleares/mm³) foi estabelecido nas primeiras 48h de admissão hospitalar. Variáveis analisadas: idade, sexo, etiologia da cirrose, encefalopatia hepática, albumina, creatinina, bilirrubina, INR e proteínas no líquido ascítico. Calculados scores de Child-Pugh, MELD e iMELD. Testes estatísticos: t-student, qui-quadrado; AUROC.

Resultados: 81%-sexo masculino; idade média-58,2 anos. O álcool foi a causa mais comum da cirrose hepática (81%). Faleceram 16 doentes, originando uma mortalidade hospitalar de 23%. Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito ao tipo de antibiótico e realização de albumina. A encefalopatia hepática ($p = 0,008$), os scores de Child-Pugh ($p = 0,015$), MELD ($p = 0,009$), iMELD ($p = 0,007$) dos doentes falecidos foram significativamente mais elevados que os sobreviventes. A área sob a curva ROC do iMELD, MELD e Child-Pugh para predizer a mortalidade foi de 0,73 (95% IC 0,58-0,87), 0,72 (95% IC 0,58-0,85) e 0,70 (95% IC 0,56-0,85), respetivamente.

Conclusões: No nosso estudo, a presença de encefalopatia hepática e scores de MELD, iMELD e Child-Pugh mais elevados associaram-se a um aumento da mortalidade hospitalar por PBE. Scores de MELD, iMELD e Child-Pugh foram idênticos em predizer a mortalidade por PBE.

164. PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA/ BACTERIASCITE: CARACTERIZAÇÃO DE 100 EPISÓDIOS

A. Casela¹, N. Almeida¹, N. Silva², A. Fernandes¹, R. Alves¹, L. Elvas¹, G. Ribeiro², C. Sofia¹

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

Introdução: A Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) e a bacteriascrite são complicações graves da cirrose hepática, estando associadas a elevadas taxas de mortalidade. Tradicionalmente, os principais agentes patogénicos envolvidos são as bactérias Gram negativas entericas.

Objetivo: Estabelecer as características clínicas, analíticas e microbiológicas numa coorte de doentes cirróticos admitidos num serviço de Gastreenterologia por PBE/Bacteriascrite.

Doentes e métodos: Foram avaliados, retrospectivamente, 100 episódios de internamento com diagnóstico de PBE/bacteriascrite com estudo microbiológico positivo. Analisadas as características do doente e do líquido ascítico em termos de contagem diferencial e respetiva microbiologia, com identificação dos padrões de resistência aos antimicrobianos.

Resultados: Incluídos 100 episódios de internamento (88 doentes; sexo masculino-74%; Média Etária-58 ± 11 anos), maioritariamente por cirrose hepática de etiologia alcoólica (88%), com episódios prévios de PBE/bacteriascrite em 19 casos. O valor mediano de leucócitos no líquido ascítico foi de 3150/mm³ (100-22300) com 75% de neutrófilos (1-99). A infeção foi monomicrobiana em 92% dos casos e polimicrobiana nos restantes. Nos 100 episódios foram identificados os seguintes agentes etiológicos: *Escherichia coli*-25%; *Staphylococcus aureus*-17%; *Streptococcus spp*-13%; *Enterococcus faecium*-8%; *Klebsiella pneumoniae*-6%; *Enterococcus faecalis*-5%; *Pseudomonas aeruginosa*-5%; *Candida spp*-4%; *Staphylococcus epidermidis*-4%. Registadas resistências a pelo menos 1 dos antibióticos testados em 78% das bactérias isoladas (71/91). Observou-se uma mortalidade em 45% dos episódios.

Conclusões: Nesta série verifica-se uma distribuição similar entre agentes Gram positivos e Gram negativos, constatando-se taxas de resistência significativas e preocupantes, o que poderá por em causa a atual antibioterapia empírica preconizada.

165. ASSOCIAÇÃO ENTRE OS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES E A PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA EM DOENTES COM CIRROSE HEPÁTICA

I. Ribeiro, M. Bastos, T. Pinto Pais, C. Fernandes, R. Pinho, S. Leite, S. Fernandes, M. Sousa, J. Carvalho, V. Dias, J. Fraga

Serviço de Gastrenterologia; Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia, Espinho.

Introdução: A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma infeção comum em doentes com cirrose hepática. Resulta da translocação bacteriana para o líquido ascítico, devido à hipertensão portal e consequente edema das ansas intestinais. Os inibidores da bomba de protões (IBP) são fármacos amplamente usados na prática clínica. Ao reduzirem a secreção ácida, permitem a colonização bacteriana intestinal e podem predispor o sobrecrecimento e translocação bacteriana para o líquido ascítico.

Objetivo: Determinar a associação entre os IBP e a PBE em doentes com cirrose hepática.

Material e métodos: Estudo retrospectivo caso-controlo de 96 doentes cirróticos hospitalizados com ascite e que realizaram paracentese diagnóstica entre 2005-2012. Foi comparada a utilização de IBP em 57 doentes com PBE (82%-sexo masculino; idade média-59,5) e 39 doentes sem PBE (90%-sexo masculino; idade média-58,7). Outras variáveis analisadas: etiologia da cirrose, score MELD, score Child-Pugh, INR, bilirrubina, albumina, creatinina, leucócitos séricos e proteínas no líquido ascítico. Excluíram-se doentes com hemorragia digestiva e/ou antibióterapia nas 2 semanas anteriores à admissão hospitalar, com HIV e carcinomatose peritoneal. Consideradas indicações válidas para utilização de IBP: úlcera péptica, esófago de Barrett, doença de refluxo gastroesofágica e profilaxia após laqueação de varizes. PBE definida como ≥ 250 polimorfonucleares/ml. Testes estatísticos: t-student, qui-quadrado.

Resultados: Doentes com PBE apresentam maior utilização de IBP (60%) comparativamente com 38,4% dos doentes sem PBE. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,04$; OR = 2,57, 95%IC = 1,03-5,4). Em 61% dos doentes com PBE, não existia uma indicação válida para a prescrição de IBP.

Conclusões: No nosso estudo, a utilização de inibidores da bomba de protões foi mais frequentes em doentes com peritonite bacteriana espontânea. Não se verificou indicação válida para a utilização de inibidores da bomba de protões na maioria dos doentes com peritonite bacteriana espontânea.

166. HEMORRAGIA DIGESTIVA NO DOENTE CIRRÓTICO - CAUSAS E APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A. Pina, C. Pinto, D. Sarmento, J. Machado, J. Pinto, J. Tavares, M. Coroado, M. Duque, P. Martins, R. Valente, R. Costa, T. Serra, J.M. Ferreira, I. Pedrito

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

Introdução: Os dados publicados sobre hemorragia digestiva no doente cirrótico em Portugal são escassos. Conhecer os padrões epidemiológicos locais parece-nos relevante na abordagem pré-endoscópica dos doentes.

Objetivo: Caracterizar clínica e endoscopicamente os episódios de hemorragia digestiva em doentes cirróticos, em particular a hemorragia digestiva alta (HDA).

Métodos: Foram analisados retrospectivamente 140 episódios de urgência por hemorragia digestiva em doentes cirróticos observados no ano 2012.

Resultados: O sexo masculino prevaleceu (81%), e a idade mediana foi 57 anos. Na maioria dos casos, a cirrose tinha etiologia alcoólica, sendo o MELD médio $12,5 \pm 7,3$. Em 91% dos episódios, a hemorragia digestiva teve origem alta. A maioria das HDA foi de

causa hipertensiva (64%); em 15%, o estudo foi inconclusivo para a causa da hemorragia. A manifestação clínica mais frequente foi a hematemese (78%). A maioria das endoscopias foram realizadas nas primeiras 6h após a admissão. A causa mais frequente de HDA hipertensiva foi a rotura de varizes esofágicas (31% das HDA). As causas mais comuns de HDA não-hipertensiva foram as angiectasias gastroduodenais, a ectasia vascular antral (GAVE) e a doença ulcerosa péptica (3% das HDA, cada). Em 41% dos casos - e em 1/3 dos casos de HDA não-hipertensiva - os doentes encontravam-se medicados cronicamente com inibidores da bombas de protões (IBP).

Discussão: Comparando com outros estudos publicados, verificou-se uma proporção semelhante de causas hipertensivas vs não-hipertensivas na HDA em contexto de cirrose hepática. Contudo, destaca-se uma diferença na importância relativa das causas não-hipertensivas. Na população estudada, apenas 14% das HDA não-hipertensivas teve causa péptica, contrariamente a outros estudos, nos quais as causas pépticas representam aproximadamente metade da HDA não-hipertensiva. Na nossa população, a percentagem de doentes medicados cronicamente com IBP (dado não explicitado noutras séries) poderá explicar esta diferença. Estes achados merecem confirmação e monitorização em estudos futuros.

167. QUAIS OS FATORES PREDITIVOS DA MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NO DOENTE CIRRÓTICO?

A. Fernandes, L. Elvas, R. Alves, N. Almeida, A. Casela, C. Sofia

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A cirrose hepática descompensada está associada a taxas de mortalidade intra-hospitalar elevadas. A identificação de doentes em risco permitiria um investimento mais assertivo em fatores potencialmente reversíveis.

Objetivo: Identificar fatores preditivos de mortalidade em doentes cirróticos internados.

Doentes e métodos: Foram analisados, retrospectivamente, dados relativos a 114 doentes com cirrose hepática (média etária- $61,2 \pm 11,5$ anos; sexo masculino-79%), incluindo 50 doentes (média etária- $62,2 \pm 11,1$ anos; sexo masculino-86%) com óbito no internamento e outros 64 (média etária- $60,5 \pm 11,2$ anos; sexo masculino-76,6%), internados de forma consecutiva e com alta para o domicílio, representando o grupo controlo. Consultaram-se os respetivos registos clínicos e estudaram-se todas as variáveis clínicas (estádio da cirrose, etiologia, complicações, comorbilidades, intercorrências infecciosas, terapêutica instituída) e analíticas, à admissão, que pudessem eventualmente influenciar o prognóstico. Realizada análise estatística com SPSS v20.

Resultados: Identificaram-se como fatores de mau prognóstico vital, na comparação entre doentes falecidos e não falecidos: Child-Pugh grau C (88% vs 43,8%); ascite (92% vs 57,8%); encefalopatia hepática (78% vs 34,4%); síndrome hepato-renal (60% vs 7,8%); peritonite bacteriana espontânea (34% vs 4,7%); trombose portal (12,5% vs 1,6%); hepatite alcoólica (10% vs 0%); bacteriemia (22% vs 4,7%); infeção respiratória (36% vs 4,7%); infeção urinária (26% vs 9,4%); valores de MELD (23 vs 13), dos leucócitos ($13,6$ vs $7,4$), VGM ($98,5$ vs $94,4$), INR ($3,03$ vs $1,87$), creatinina ($2,2$ vs 1), sódio ($130,9$ vs $134,6$), albumina ($2,5$ vs $2,9$), bilirrubina ($9,4$ vs 4), ALT (93 vs 37), AST (206 vs 63), PCR ($7,1$ vs $1,8$), lactatos ($5,5$ vs $2,2$). O tempo de internamento foi consideravelmente superior nos doentes falecidos (23 ± 33 vs 11 ± 10 dias).

Conclusões: O prognóstico dos doentes cirróticos internados com estádios mais avançados da doença, infeções, ascite, encefalopatia, trombose portal, disfunção renal ou hepatite alcoólica é ominoso. Valores elevados de leucócitos, INR, VGM, bilirrubina, ALT, AST, PCR, lactatos assim como hipoalbuminemia e hiponatremia também estão associados a mortalidade mais elevada. Estes

doentes de alto risco devem ser identificados e, preferencialmente, admitidos em unidades especializadas.

168. ESTEATOSE HEPÁTICA: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO NUMA POPULAÇÃO ADULTA PORTUGUESA

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, Associação de Apoio à Investigação e Formação em Gastreenterologia e Hepatologia.

Introdução: A esteatose hepática é uma alteração frequente nos países ocidentais. A etiopatogénese é multifatorial e ainda não totalmente esclarecida. Vários fatores de risco têm sido referidos para a sua presença.

Objetivo: Avaliar a prevalência da esteatose hepática, consumo de álcool e determinar fatores de risco para fígado gordo não alcoólico.

Material e métodos: Análise prospetiva de 288 indivíduos assintomáticos, com idade média de 60,4 anos [$\pm$ 6,7], submetidos a ecografia abdominal para avaliação da esteatose hepática, gordura visceral e gordura subcutânea. Simultaneamente realizada avaliação laboratorial e avaliado consumo de álcool através de questionário de frequência alimentar (Food processor plus) (cut-off: homens 30 g/mulheres 20 g). Avaliada esteatose hepática (de acordo com índice hepatorenal).

Estatística: Análise descritiva dos dados e análise comparativa univariada teste Qui-Quadrado (ou teste exato de Fisher) e teste não paramétrico de Man-Whitney Wilcoxon. Valores de $p < 0,05$ considerados estatisticamente significativos. Posteriormente dados estratificados por sexo.

Resultados: A prevalência global de esteatose hepática foi de 57,6%. Excluindo os doentes com consumo de álcool superior ao cut-off, foram considerados 129 indivíduos, em que 47 (36,4%) são do sexo masculino. Destes, 37 apresentam esteatose moderada/intensa e 92 não apresentam esteatose/ligeira. Na análise univariada a obesidade visceral (RR = 3,03; $p < 0,001$), o IMC > 25 (RR = 5,08; $p < 0,001$), perímetro da cintura > 94 nos homens e > 80 nas mulheres (RR = 5,15; $p = 0,003$), e glicose > 100 (RR = 3,51; $p < 0,001$) são fatores de risco para a esteatose, enquanto que as medianas dos valores de TGP ($p < 0,0001$), gama-GT ($p < 0,001$) e triglicéridos ($p = 0,004$) são significativamente maiores nos doentes com esteatose hepática.

Conclusões: O estudo revelou uma alta prevalência (57,6%) de esteatose hepática e de consumo excessivo de álcool (55,4%) na população adulta. A obesidade visceral, o IMC, o perímetro da cintura, a glicose e os triglicéridos revelaram-se fatores de risco para esteatose hepática em indivíduos com fígado gordo não alcoólico.

169. UM CLÁSSICO MARCADOR DE SOBRECARGA DE FERRO, REVELA-SE UM MARCADOR FIÁVEL DE ESTEATOSE HEPÁTICA: FERRITINA SÉRICA

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

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

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

A esteatose hepática (EH), nomeadamente o fígado gordo não alcoólico, é uma causa importante de doença hepática. Recentemente, Kowdley descreveu a hiperferritinemia na EH definida histologicamente. Não existem estudos acerca da sua aplicabilidade na EH definida por métodos imagiológicos, não invasivos.

Objetivo: Avaliação do metabolismo do ferro numa população submetida a rastreio de fígado gordo. Estudar a relação entre o

metabolismo do ferro e consumo de álcool com a EH avaliada ecograficamente.

Pessoas e métodos: Análise prospetiva de uma população, com idade superior a 50 anos, submetida a rastreio de risco médio de cancro colorrectal. Colheita de dados demográficos, clínicos e analíticos, incluindo metabolismo do ferro. O consumo de álcool foi considerado excessivo quando > 20 g/dia nas mulheres, e > 30 g/dia nos homens. Simultaneamente, realizada ecografia abdominal com avaliação de esteatose hepática por 2 gastreenterologistas experientes. Efetuada análise descritiva e posteriormente análise comparativa univariada com o teste não-paramétrico de Man-Whitney para variáveis contínuas. Valores $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados: Incluídos 288 indivíduos, 53,8% (155) do sexo masculino. Quanto ao metabolismo do ferro, apresentam valores medianos de ferritina 182 ng/mL (5,5-1049), ferro 93,5 ng/mL (41-211) e Saturação de Transferrina 31% (1,8-73,2). Destes, 58% (166) apresentam EH (83 (29%) ligeira, 55 (19,2%) moderada e 28 (9,8%) esteatose acentuada). Os restantes 120 (42%) não apresentam esteatose (considerado grupo controle). Na análise comparativa entre os grupos com esteatose e grupo controle, verificou-se que a ferritina sérica está estatisticamente associada com a esteatose ($p < 0,001$) sendo os valores da mediana mais alto no grupo dos doentes com esteatose. Não foi detectada diferença estatisticamente significativa quanto aos valores das medianas de ferro e saturação de transferrina entre os que têm esteatose e os que não têm. Após exclusão dos indivíduos com consumo de álcool excessivo (99 indivíduos, 63% sexo feminino), esta associação mantém-se ($p = 0,005$).

Conclusões: O estudo sugere a ferritina sérica como um marcador importante de esteatose hepática e fígado gordo não alcoólico.

170. PREVALÊNCIA E FACTORES PREDITIVOS DE HIPERTENSÃO PORTAL NO FÍGADO GORDO NÃO ALCOÓLICO

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

O Fígado Gordo Não Alcoólico (FGNA) é atualmente uma causa importante de doença hepática a nível mundial, relacionado com a prevalência crescente de obesidade, diabetes mellitus e síndrome metabólica na população geral. Pouco se sabe sobre a prevalência e gravidade da hipertensão portal nos pacientes com FGNA.

Objetivo: Determinar a prevalência de hipertensão portal nos pacientes com FGNA, e identificar preditores não invasivos de hipertensão portal nestes pacientes.

Doentes e métodos: Identificados os indivíduos com FGNA comprovado por biópsia hepática, seguidos na consulta de Hepatologia, no período entre 2008 e 2012. Colhidos dados demográficos, antropométricos, analíticos, histológicos, endoscópicos e ecográficos. Realizada classificação histológica quanto a esteatose e fibrose (NAFLD activity score modificado). A hipertensão portal foi avaliada pela presença de varizes esofágicas e/ou esplenomegalia (distância bipolar > 140 mm na ecografia).

Resultados: Identificados 86 indivíduos com FGNA, com 47,1 anos de idade média (23-75), 55,8% do sexo masculino, doze dos quais com fibrose avançada (grau 3-4). Sinais de hipertensão portal foram observados em treze pacientes (15,1%): varizes esofágicas ($n = 10$), esplenomegalia ($n = 12$). Identificou-se 1 paciente com sinais de hipertensão portal, apresentando histologicamente fibrose moderada (grau 2), e esteatose acentuada (grau 3) em provável relação com a associação dos dois factores. Encontramos uma associação positiva entre a presença de hipertensão portal com trombocitopenia, hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia, tempo de

protrombina e a presença de síndrome metabólico (Testes qui-quadrado e T-student, $p < 0,05$).

Conclusões: No nosso estudo, a hipertensão portal foi identificada numa percentagem significativa de doentes com fígado gordo não alcoólico. Saliu-se o papel importante da ecografia na avaliação da hipertensão portal.

171. SCORE ALANINA AMINOTRANSFERASE/TRIGLICERÍDEOS (ALT/LN(TGC)) COMO MARCADOR DE FÍGADO GORDO NÃO ALCOÓLICO: ESTUDO DE UMA POPULAÇÃO ADULTA

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

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia, Espinho; Associação de Apoio à Investigação e Formação Em Gastreenterologia e Hepatologia.

O fígado gordo não alcoólico (FGNA) é uma doença hepática comum. A ecografia abdominal é um método eficaz para o diagnóstico de esteatose hepática. Estudos sugerem que o score (ALT/Ln(TGC)) ≥ 7 é um importante marcador de identificação do FGNA em mulheres obesas ou com excesso de peso, constituindo um método barato e alternativo à ecografia abdominal.

Objetivo: Validar o score ALT/Ln(TGC) ≥ 7 como marcador de identificação de fígado gordo não alcoólico em ambos os sexos.

Métodos: Análise prospetiva de 84 doentes assintomáticos obesos ou com excesso de peso, submetidos a ecografia abdominal para avaliação de esteatose hepática. Constituídos dois grupos, um com esteatose e outro sem esteatose hepática e avaliadas as características demográficas, índice de massa corporal, valores de glicose, ALT, colesterol total, TGC e calculado o score ALT/Ln(TGC). Considerada presença de esteatose hepática quando ALT/Ln(TGC) ≥ 7 . Excluídos doentes com consumo de álcool > 20 g/dia ou > 30 g/dia (homens e mulheres, respetivamente), com hepatite B ou C e doença hepática crónica. Testes estatísticos: t-student, qui-quadrado, AUROC.

Resultados: 69%-sexo feminino; idade média-60,4 $\pm$ 6,26 anos. Esteatose hepática identificada por ecografia em 60,7% dos doentes. O score ALT/Ln(TGC) ≥ 7 foi observado em 23,5%, valor significativamente superior ao observado em doentes sem esteatose hepática (6,1%; RR = 1,54; $p = 0,04$). A mediana do score foi maior nos doentes com esteatose ($p = 0,001$). Quando a amostra foi estratificada por sexo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. O score ALT/Ln(TGC) ≥ 7 obteve uma sensibilidade de 24% e uma especificidade de 94% para a previsão de esteatose. Na nossa amostra, o melhor valor do score ALT/Ln(TGC) para identificar esteatose é de 4,1, com os resultados mais elevados para a sensibilidade (66,7%) e para a especificidade (72,7%).

Conclusões: No nosso estudo, o score ALT/LnTGC ≥ 7 está associado com a presença de FGNA na população adulta obesa ou com excesso de peso. Mais estudos serão importantes para a confirmação destes dados.

172. ESTEATOSE AGUDA DA GRAVIDEZ: UMA SÉRIE CLÍNICA RESULTANTE DE PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

S. Rodrigues, S. Lopes, T. Rodrigues, R. Mesquita, N. Montenegro, J. Lopes, F. Carneiro, G. Macedo

Centro Hospitalar de São João.

Introdução: A gravidez pode ser complicada por doença hepática em cerca de 3% de casos. A esteatose aguda da gravidez (EAG) é uma doença rara definida por infiltração esteatósica microvesicular durante a segunda metade da gravidez. A relação estreita entre as

especialidades de Obstetrícia e Gastreenterologia é crucial para o diagnóstico desta entidade.

Métodos: Na sequência de um protocolo comum entre os serviços de Obstetrícia e Gastreenterologia da nosso hospital foram detetadas sete doentes com EAG entre Outubro de 2010 e Março de 2013. Foram avaliados os processos clínicos destas doentes.

Resultados: A idade média foi 33 $\pm$ 5 anos. Cinco das sete grávidas eram primigestas e todos os casos ocorreram no último trimestre. Duas das sete doentes desenvolveram encefalopatia e coagulopatia. O achado analítico mais frequente e precoce foi a subida das aminotransferases. Todas as doentes referiram dor abdominal ligeira a moderada. Três doentes tinham antecedentes de hipertensão arterial/pré-eclampsia. Todos os casos foram confirmados por histologia hepática com esteatose microvesicular detectada com coloração "Oil-Red". Não foi detectado qualquer anomalia nos recém-nascidos durante o internamento. Todas as doentes tiveram uma evolução favorável, sem necessidade de referência para transplante.

Conclusão: Esta série de sete casos de EAG num período de 2 anos e meio reflete diretamente como a interdisciplinaridade poderá aumentar a acuidade diagnóstico de uma entidade rara.

173. NEOPLASIAS MALIGNAS HEPÁTICAS PRIMÁRIAS COM DIFERENCIAÇÃO CELULAR MISTA: ORIGEM CELULAR COMUM?

J. Espírito Santo, N. Dias, M.A. Cipriano, E. Furtado, F. Oliveira, F. Castro e Sousa, L. Carvalho, R.M. Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra.

O conhecimento crescente sobre biologia molecular permitiu reconhecer o importante papel das células estaminais hepáticas (células progenitoras) na hepatocarcinogénese, contribuindo para o surgimento de um espectro heterogéneo de distintos fenótipos malignos, com diferentes prognósticos, dependendo do nível de diferenciação daquelas células. Tumores com diferenciação celular mista apresentam fenótipos intermédios, com diferenciação hepatocelular e colangiocelular simultânea e podem ser explicados por uma origem celular progenitora comum. O estudo objetivava a descrição clinicopatológica de um grupo de tumores com diferenciação hepatocelular e colangiocelular simultânea. Estudo de coorte retrospectivo (2008-2012) de 4 doentes com tumores hepáticos primários com diferenciação celular mista. Informação sobre características demográficas, scores MELD e Child-Pugh, evolução clínica e padrão imunohistoquímico das lesões foi colhida do processo clínico de cada doente. Procedeu-se ao cálculo estatístico de frequências. Dos 4 doentes incluídos no estudo, todos homens, com idade mediana de 67,5 anos, 2 apresentavam Child-Pugh A, 1 Child-Pugh B e outro Child-Pugh C; 3 apresentavam MELD < 10 e 1 MELD 16; 2 doentes apresentavam cirrose hepática; 2 doentes foram diagnosticados através de biópsia hepática, 1 após estudo histológico de peça de hepatectomia e outro após estudo de explante; 2 doentes permanecem vivos sem recidiva de doença; apenas um dos doentes apresentou elevação do valor de alfafetoproteína (AFP) e 2 doentes apresentaram elevação do valor de CA 19.9; distintos marcadores de diferenciação hepatocelular, colangiocelular e característicos de células progenitoras foram testados, mostrando um padrão de diferenciação celular misto para as 4 neoplasias identificadas. O reconhecimento dos tumores hepáticos com fenótipos mistos, da sua morfologia, perfil imunohistoquímico e molecular, integrado na histogénese epitelial hepática terá impacto clínico na abordagem ao doente. A origem destes fenótipos pode ser explicada pela ativação de células progenitoras no seio de um microambiente inflamatório,

implicando que este tipo de células constitui um alvo carcinogénico.

174. QUIMIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA TRANSARTERIAL NA TERAPÊUTICA LOCOREGIONAL DO CARCINOMA HEPATOCELULAR: PERSPECTIVA TRANSVERSAL MULTIDISCIPLINAR

F. Vilas-Boas, H. Cardoso, M. Marques, P. Andrade, M. Casal-Moura, S. Rodrigues, A. Albuquerque, F. Ferreira, J. Santos-Antunes, E. Rodrigues-Pinto, A.M.H. Vale, J.A. Sarmiento, R. Gonçalves, S. Lopes, P. Pereira, M. Madureira, C. Maia, P. Morgado, G. Macedo

Serviço de Gastrenterologia; Serviço de Radiologia; Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar de São João, Porto.

Introdução: A quimioembolização transarterial (TACE) está indicada no tratamento de CHC em estadio BCLC intermédio.

Objetivo: Avaliar a segurança e eficácia da TACE no tratamento do CHC.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva dos procedimentos realizados de junho 2007 a Janeiro de 2013. As características tumorais, a resposta (critérios mRECIST) e os efeitos adversos foram avaliadas. A análise por Kaplan-Meier e a regressão de Cox foram utilizadas para a análise de sobrevivência.

Resultados: Foram incluídos 55 procedimentos, realizados em 36 doentes, com idade média de 69 anos, 27 do género masculino. A maioria dos doentes apresentavam cirrose hepática (95%), Child-Pugh A (64%) e estadio BCLC intermédio (75%). As principais etiologias de doença hepática foram as hepatites víricas em 56% e etílica em 33%. Doze doentes desenvolveram Síndrome pós-quimioembolização (SPQ) (35% se dose de doxorubicina ≥ 75 mg) e a mediana da duração do internamento foi de 5,5 dias. A sobrevivência média estimada foi de 15 meses. O estadio de Child-Pugh e a resposta à TACE associaram-se a maior sobrevivência (Child A: 17,2 meses versus Child B: 11,4 meses, $p = 0,034$) (completa: 19,7 meses versus parcial: 16,6 meses, $p = 0,028$). A história de ablação ou cirurgia prévia (HR 3,12, $p = 0,08$), o tamanho dos nódulos (HR 1,07, $p = 0,006$) e a dose de doxorubicina (HR 1,01, $p = 0,05$) foram, na análise multivariada, factores relacionados com menor sobrevivência.

Conclusões: A TACE, como opção terapêutica no CHC, revelou-se segura e eficaz tanto em termos de resposta imagiológica como em relação à sobrevivência.

Características dos doentes	N
Masculino/Feminino	27/9
Idade (média; intervalo)	69;41-66
Etiologia da Cirrose (vírica/álcool/outra)	20/12/4
Child-Pugh (A/B)	23/13
Estadio BCLC (A/B)	5/27/4
Terapêutica prévia (RFA/ressecção cirúrgica)	7/3

Características do CHC e procedimento	
Nº de nodulos (media; intervalo)	1,7/1-4
Tamanho nódulo (média $\pm$ desvio-padrão-cm)	5,9 $\pm$ 5,13
Dose de doxorubicina (média $\pm$ desvio-padrão-mg)	61 $\pm$ 41
Síndrome pós-quimioembolização (%)	22
Resposta (completa/parcial/progressão-%)	18/31/18
Duração internamento (média; intervalo)(dias)	5,5; 1-26

175. O PAPEL DO 18F-FDG E DA 18F-FLUOROCOLINA NO DIAGNÓSTICO DE TUMORES PRIMÁRIOS DO FÍGADO

A.F. Brito, J.G. Tralhão, A.I. Fernandes, A.M. Abrantes, M. Ribeiro, R. Martins, C. Sofia, F. Castro-Souza, M.F. Botelho

Unidade de Biofísica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Introdução: A incidência dos tumores primários do fígado (TPF) tem crescido nos últimos anos. O Carcinoma Hepatocelular (CHC) é o TPF com maior incidência a nível mundial (80%) seguido pelo colangiocarcinoma (CC) (10%). A nível imagiológico existe uma certa dificuldade em obter um diagnóstico preciso, assim como um estadiamento e reestadiamento adequados destas patologias. O objetivo deste trabalho experimental foi estudar os perfis de captação de 18F-FDG e 18F-Fluorocolina em duas linhas celulares de TPF, uma de CHC e uma de CC.

Materiais e métodos: Utilizaram-se as linhas celulares HuH7 (CHC) e TFK1 (CC). Suspensões celulares com 2 milhões de células por mililitro foram incubadas com 25uCi7mL de 18F-FDG ou 18F-Fluorocolina. Amostras de 200 microlitros da suspensão celular foram colhidas para eppendorfs, a tempos conhecidos, sendo depois centrifugadas de modo a separar o pellet do sobrenadante. A radioactividade de ambas as fracções foi medida num contador de poço adequado de modo a determinar o perfil de captação.

Resultados: Ambas as linhas celulares captam mais 18F-Fluorocolina do que 18F-FDG. Verificou-se que a linha celular de CC possui percentagens de captação dos dois radiofármacos superiores à linha celular de CHC. Após 120 minutos de incubação com os radiofármacos a percentagem de captação de 18F-FDG pela linha celular de CHC é cerca de 1,6%, enquanto que pela linha celular de CC é cerca de 3%. A linha celular de CHC atinge um pico de captação de 6% de 18F-Fluorocolina, e a linha celular de CC de 30%.

Conclusões: Os resultados demonstraram que as linhas celulares em estudo captam mais 18F-Fluorocolina do que 18F-FDG. A linha celular de CC é aquela que mais capta os dois radiofármacos. Estes dados indicam que um radiotraçador que forneça informação acerca da proliferação celular como a 18F-Fluorocolina poderá ser mais útil no diagnóstico deste tipo de tumores do que um radiofármaco que forneça informação acerca do metabolismo como é o caso do 18F-FDG.

176. MORTALIDADE POR DOENÇA HEPATOBILIAR EM PORTUGAL (2006-2010)

M. Rocha, T. Rodrigues, R. Marinho

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

Introdução A doença hepatobiliar é uma das principais causas de morte em Portugal de acordo com dados da OMS. Estima-se no entanto que a mortalidade global seja superior se se considerar de forma agregada outras causas de doença hepatobiliar, designadamente o carcinoma hepatocelular (CHC).

Objetivo: Avaliação da mortalidade global por doença hepatobiliar e condições associadas em Portugal no quinquénio 2006-2010.

Material e métodos: Avaliação dos dados dos óbitos ocorridos em Portugal fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística. Foi empregue a Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão. Foram estudadas 14 entidades sendo as principais a “doença alcoólica do fígado”, “cirrose hepática não especificada”, “carcinoma hepatocelular”, “neoplasia do fígado não especificada”, “colangiocarcinoma”.

Resultados: Registaram-se 13.026 mortes por doença hepatobiliar em Portugal de 2006 a 2010 (25/100.000). Verificou-se o aumento de 6% neste período, sendo a sétima causa de morte. As principais causas foram a doença alcoólica do fígado (3753 casos,

29%), cirrose hepática não especificada (3056, 23%) e CHC (2078, 16%), com predomínio da no sexo masculino (78%). A doença hepática alcoólica foi a principal causa nos mais jovens (40-44, 65-69 anos), enquanto as neoplasias primárias do fígado e vias biliares intra-hepáticas foram as predominantes nos mais idosos (> 80 anos). Em termos geográficos, a Madeira foi a região com maior mortalidade por doença alcoólica do fígado (13,1/100.000) sendo Lisboa a região cuja mortalidade por CHC foi mais elevada (5,0/100.000). De entre os vários tipos de neoplasia primária do fígado e vias biliares intra-hepáticas, o CHC foi o mais frequente (2078, 52%), seguido da neoplasia do fígado não especificada (999, 25%) e colangiocarcinoma (925, 23%).

Conclusões: A mortalidade global por doença hepatobiliar em Portugal aumentou 6% de 2006 a 2010, sendo a sétima causa de morte.

177. INTOXICAÇÃO POR COGUMELOS VENENOSOS: AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

J. Carvalheiro, J.M. Romaozinho, P. Amaro, M. Ferreira, R. Ferreira, C. Sofia

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A intoxicação por cogumelos venenosos (CV) é uma entidade potencialmente fatal, não existindo consenso quanto aos critérios de transplante hepático (TH) a aplicar.

Objetivo: Avaliar a precocidade e a acuidade dos diferentes scores de TH na intoxicação por CV.

Material: Estudo retrospectivo dos doentes admitidos com o diagnóstico de intoxicação por entre Janeiro 1997 e Dezembro 2012. Foram avaliadas a precocidade e a acuidade dos seguintes critérios para TH: King's College (KC), Clichy, Ganzert e Escudié.

Resultados: O estudo incidiu sobre 22 doentes (média de idades: 50,8 ± 15,8 anos, idades extremas: 16 e 75 anos; 11 homens), originários de 6 distritos nacionais, todos durante o Outono e 45% com parentesco entre si. O início dos sintomas (vómitos: 100%, diarreia: 90% e dor abdominal: 68%) ocorreu, em média, 11 horas após a ingestão de CV, sendo o intervalo de tempo entre a ingestão e o internamento > 48h em 32% dos casos. Na admissão, 36% dos doentes apresentavam já encefalopatia e 75% um fator V < 30%. Houve necessidade de suporte ventilatório em 36% dos doentes e renal em 23%. Foram transplantados 7 (58%) dos 12 doentes (55%) que cumpriam os critérios de KC. Faleceram 7 doentes [taxa de mortalidade global: 32% (57% não transplantados, 43% transplantados)]. Os critérios de Escudié, avaliados, tal como os restantes, ao 3º dia de evolução, revelaram uma acuidade de 100% na avaliação da necessidade de TH (KC: 95%, Clichy: 91%, Ganzert: 86%).

Conclusões: 1. A intoxicação por CV apresenta um alto grau de parentalidade e sazonalidade (Outono); 2. A elevada taxa de mortalidade desta série poderá estar relacionada com o atraso no internamento hospitalar; 3. A combinação dos parâmetros precocidade e acuidade recomenda a aplicação dos critérios de TH de Escudié no contexto da intoxicação por CV.

178. ATIVAÇÃO DE MIR-34A E JNK NA APOPTOSE DE HEPATÓCITOS PRIMÁRIOS DE RATO INDUZIDA POR ÁCIDOS BILIARES TÓXICOS

D.M.S. Ferreira¹, A.B. Afonso¹, P.M. Rodrigues¹, P.M. Borralho^{1,2}, C.M.P. Rodrigues^{1,2}, R.E. Castro^{1,2}

¹Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences (iMed.UL). ²Departamento de Bioquímica e Biologia Humana, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Recentemente, demonstrámos que níveis elevados de miR-34a correlacionam-se com a apoptose e com a severidade do fígado

gordo não alcoólico, mas são inibidos pelo ácido ursodesoxicólico (J. Hepatol. 2013). Por outro lado, ácidos biliares tóxicos, como o ácido desoxicólico (DCA), são conhecidos por induzir apoptose. O objetivo deste estudo foi avaliar se a apoptose de hepatócitos primários de rato, induzida pelo DCA, é regulada pelo miR-34a. As células foram incubadas com 100 microM de DCA e transfectadas com um precursor ou inibidor específico do miRNA-34a e/ou com um vetor de sobre-expressão de p53. A atividade transcricional de p53 foi determinada em extratos nucleares, enquanto que a atividade de JNK foi modulada através de silenciamento. A viabilidade, atividade da caspase-3 e apoptose foram determinadas pelos ensaios *ApoTox-Glo™* e coloração de *Hoechst*. Os nossos resultados indicam que o DCA induziu a via pro-apoptótica miR-34a/SIRT1/p53. A sobre-expressão do miR-34a potenciou os efeitos do DCA e, consequentemente, a apoptose; a inibição do miR-34a teve efeitos contrários. Também a sobre-expressão de p53 ativou a via miR-34a/SIRT1, tendo esta sido ainda mais potenciada na presença do DCA. Em concordância, o DCA aumentou a atividade de p53 nos seus alvos transcricionais PUMA, p21 e o próprio miR-34a, revelando um mecanismo funcional de ativação do miR-34a. Por fim, verificámos que a JNK1 era um alvo chave do DCA, ativando a p53 e induzindo apoptose. Em conclusão, os nossos resultados suportam um elo de ligação entre a apoptose no fígado e a via JNK1/p53/miR-34a/SIRT1, uma vez que a ativação de p53 mediada pela JNK1 é um mecanismo chave na indução do miR-34a pelo DCA. Esta via pro-apoptótica poderá constituir um alvo farmacológico atrativo no desenvolvimento de novos fármacos para o tratamento de doenças hepáticas, associadas a níveis exagerados de apoptose.

Financiado por FCT (PTDC/SAU-OSM/102099/2008, PTDC/SAU-OR G/111930/2009, SFRH/BD/60521/2009, SFRH/BD/91119/2012 e SFRH/BD/88212/2012).

179. ATRESIA DAS VIAS BILIARES E RESULTADO DA PORTOENTEROSTOMIA DE KASAI

P. Fernandes, S. Ferreira, M.F. Lopes, I. Gonçalves, A. Reis

Unidade de Transplantação Hepática e Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra.

Introdução: A atresia das vias biliares extra-hepáticas (AVBEH) é a principal causa de transplante hepático (TRH) em idade pediátrica (75% dos TRH em menores de 2 anos). A Portoenterostomia de Kasai (PE) é o procedimento paliativo relacionado, com evolução cirrótica na grande maioria dos casos e necessidade de TRH a médio/ longo prazo. A necessidade de TRH na maioria dos doentes, pode questionar a execução de PE.

Objetivo: Avaliar a evolução das crianças com AVBEH nas últimas 2 décadas, referenciadas/operadas no nosso Centro.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, descritivo com vertente exploratória, de crianças com AVBEH diagnosticadas entre Maio de 1991 e Dezembro de 2012. As variáveis analisadas foram a apresentação clínica, demora diagnóstica, investigação efectuada, terapêutica e evolução.

Resultados: Diagnosticaram-se 33 casos de AVBEH, com idade média na data da PE de 52,4 dias. A AVBEH isolada verificou-se em 88% dos casos, e o tipo Síndromico nos restantes. A clínica era típica de AVBEH em 82% dos casos. Foi realizado TRH primário em 9,1% dos casos. No global, 63% das PE foram funcionantes. A presença de hiperbilirrubinémia aos 3 meses pós-PE prediz não-funcionalidade aos 12 meses (p = 0,02). A intervenção cirúrgica nos casos de PE funcionante foi predominantemente realizada antes dos 60 dias de vida (p = 0,047). Na primeira década de estudo a taxa de PE funcionantes (73,7%) foi superior à da segunda década (55%) (p < 0,05). A idade em mediana na data de TRH na primeira década foi 2 anos e 9 meses e na segunda década foi de 9 meses. Ocorreram 5 mortes, todas pós-TRH (83% de sobrevida global).

Conclusões: A nossa população de AVBEH é semelhante ao descrito na literatura. A mediana da idade da PE foi superior na segunda década de estudo registando-se ainda um maior número de casos com TRH nos primeiros meses pós-PE.

180. LESÃO DA VIA BILIAR DO TIPO ISQUÉMICO NO PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Martins, S. Costa, J. Figueiredo, M.R. Silva, P. Marcelino, J. Oliveira

Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital Curry Cabral Unidade de Cuidados Intensivos.

As complicações biliares após transplante hepático englobam um espectro de alterações funcionais e estruturais com incidência de 10 a 30%. Estas complicações são uma importante causa de morbimortalidade podendo culminar no retransplante. As lesões de isquemia-reperfusão após transplante induzem alterações da via biliar intra e/ou extra-hepática não anastomóticas do tipo isquémico. A fisiopatologia deste tipo de lesões, designadas genericamente por colangiopatia isquémica, compreendem 3 mecanismos: tempos de isquemia fria e quente; lesão citotóxica induzida pelos sais biliares e lesão mediada pelo sistema imune. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 23 anos, leucodérmica, submetida a transplante hepático em 2009 no contexto de doença de Wilson. A partir do 3º mês pós-transplante verificou-se progressiva disfunção hepática de padrão colestático, que motivou diversos internamentos para estudo endoscópico da via biliar por CPRE tendo revelado irregularidades da via biliar intra-hepática (VBIH). Os diversos internamentos foram complicados por colangite infecciosa. É readmitida a 29/11/2012 por ascite, icterícia e edema dos membros inferiores. Analiticamente destacava-se pancitopenia e hiperbilirrubinemia conjugada. Realizou ecodoppler hepático que revelou artéria hepática permeável, trombose parcial do ramo direito da porta e dilatação das VBIH, predominantemente à esquerda. Submetida a CPRE que mostrou dilatação da VBIH não passível de dilatação endoscópica. A biópsia hepática mostrou aspetos sugestivos de colangiopatia isquémica com intensa fibrose. Apesar das medidas instituídas, verificou-se rápido agravamento do quadro clínico com desenvolvimento de falência hepática e instalação de síndrome hepatorenal pelo que a utente é transferida para a UCI. Nesta, e pela refratariedade às medidas farmacológicas, iniciou suporte dialítico e técnica de depuração hepática (PROMETHEUS). Acabou por ser retransplantada a 30/12/2012. A lesão da via biliar do tipo isquémico no pós-transplante hepático constitui um diagnóstico de exclusão e é uma entidade ainda subvalorizada. Os autores apresentam este caso para sensibilizar para esta entidade e para todas as complicações dela decorrentes.

181. MODULAÇÃO DO NF-KAPPAB E DA VIA MIR-21/PDCD4 NA APOPTOSE DE HEPATÓCITOS PRIMÁRIOS DE RATO INDUZIDA PELO ÁCIDO DESOXCÍLICO

P.M. Rodrigues¹, M.B. Afonso¹, A.L. Simão¹, D.M.S. Ferreira¹, P.M. Borralho^{1,2}, C.M.P. Rodrigues^{1,2}, R.E. Castro^{1,2}

¹Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences (iMed.UL). ²Departamento de Bioquímica e Biologia Humana, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

O microRNA-21 (miR-21) tem sido envolvido na patogénese de diversas doenças hepáticas e gastrointestinais. Por outro lado, o ácido desoxicólico (DCA) é um ácido biliar hidrofóbico com propriedades hepatotóxicas. Sabendo que o DCA inibe a expressão do miR-21, o nosso objetivo foi clarificar o mecanismo desta interação e a sua relevância na apoptose induzida por este ácido biliar. Hepatócitos primários de rato foram incubados com 25-400 microM de DCA

durante 16-48 horas. A morte celular foi avaliada pelo ensaio de libertação da enzima LDH. A expressão do miR-21 foi analisada por qRT-PCR e a expressão da PDCD4, NF-kappaB e IkappaB foi avaliada por Western blot. A localização celular do NF-kappaB foi avaliada por Western blot de extratos nucleares e por imunocitoquímica. Os resultados indicam que o DCA modula a via miR-21/PDCD4 de um modo dependente da dose; para doses moderadas a elevadas (> 100 microM), a expressão do miR-21 é inibida ($p < 0,01$), ao mesmo tempo que se verifica um aumento da proteína pro-apoptótica PDCD4 ($p < 0,05$). O aumento de toxicidade ($p < 0,01$) e a ativação da caspase-3 ($p < 0,01$) foram, também, dependentes da dose de DCA. Por fim, observou-se que o DCA diminuiu a expressão do NF-kappaB e a razão NF-kappaB/IkappaB ($p < 0,05$), bem como a atividade do NF-kappaB. Os nossos resultados permitem concluir que a modulação da via miR-21/PDCD4 pelo DCA correlaciona-se com os efeitos deste ácido biliar na ativação da apoptose. Mais ainda, o DCA parece modular o miR-21 através da inibição do NF-kappaB. Um maior conhecimento dos mecanismos de hepatotoxicidade do DCA permitirá o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas de modulação da morte celular.

Financiado por FCT (PTDC/SAU-OSM/102099/2008, PTDC/SAU-OR G/111930/2009, PEstOE/SAU/UI4013/2011, SFRH/BD/88212/2012, SFRH/BD/91119/2012, e SFRH/BD/60521/2009).

182. ANÁLISE DE FACTORES ASSOCIADOS À DURAÇÃO DO INTERNAMENTO E À MORTALIDADE PRECOCE PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO

S. Ribeiro, A. Oliveira, P. Ferreira, M. Resende, R. Perdigoto, E. Barroso, J. Oliveira

Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Transplante do Hospital Curry Cabral.

Introdução: O score MELD (Model for End-stage Liver Disease) é o sistema mais utilizado para prever a mortalidade de doentes em lista de espera para transplante hepático. No entanto, a sua capacidade em prever a sobrevida após transplante de fígado permanece controversa.

Objetivo: Esta análise pretende identificar factores que possam estar associados com a duração do internamento pós-transplante hepático assim como à mortalidade aos 3 meses.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo em que foram analisados os processos de adultos submetidos a transplante hepático primário por cirrose hepática num único centro entre Janeiro de 2011 a Março de 2012. Os doentes com insuficiência hepática aguda, os com história de transplante hepático prévio, os que foram submetidos a transplante de múltiplos órgãos e os que apresentavam a Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) como diagnóstico de base foram excluídos. A análise estatística foi processada no SPSS 17.0.

Resultados: Foram realizados 67 transplantes de fígado primário em doentes cirróticos num período de 15 meses. A duração média do internamento pós-transplante foi 33,18 dias. Os parâmetros associados a um maior tempo de internamento foram o MELD ($p = 0,003$), o diagnóstico prévio de Carcinoma hepatocelular ($p = 0,049$) e o carácter urgente do procedimento ($p = 0,004$). Oito (11,9%) doentes morreram nos primeiros 3 meses pós-operatórios. O único parâmetro identificado como preditor de mortalidade precoce foi o aparecimento de infecção nos primeiros 7 dias após o procedimento ($p = 0,028$).

Conclusões: Nesta casuística, valores mais elevados de MELD tiveram influência apenas na duração do internamento, não exercendo impacto negativo na sobrevida dos doentes aos 3 meses. Compreender os factores relacionados com o prognóstico dos doentes submetidos a transplante hepático é o primeiro passo para a criação de estratégias com o objetivo de melhorar o seu desfecho.

183. INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA: A DÚVIDA DIAGNÓSTICA

N. Veloso, P. Amaro, M. Ferreira, J.M. Romãozinho, C. Sofia

Hospitais da Universidade de Coimbra.

A Insuficiência Hepática Aguda (IHA) é uma complicação rara da doença hepática metastática, estando associada a elevada taxa de mortalidade. Na maior série descrita na literatura, em 4020 casos de IHA, a infiltração maligna foi responsável por 0,44%. Em > 50% dos casos, o cancro não foi diagnosticado antes do desenvolvimento da IHA. O seu diagnóstico é geralmente efetuado *post mortem*, em biópsia hepática realizada. Doente, sexo masculino, 50 anos, fumador (40 UMA), hábitos alcoólicos: 20 g/dia, sem fatores de risco comportamentais ou toma de novos fármacos. Recorreu ao S.U. por astenia e lombalgia. Exame objetivo: dor à palpação profunda do hipocôndrio direito. Analiticamente: leucócitos $22,7 \times 10^9/L$; plaquetas $127 \times 10^9/L$; INR 0,88; BT 0,8 mg/dL; AST 194U/L; ALT 130U/L; LDH 1663U/L. Ecografia abdominal: hepatomegalia. Internado com o diagnóstico de hepatite aguda de etiologia a esclarecer. 7º dia de internamento: icterícia e rápida deterioração da função hepática. Analiticamente: INR 1,76; BT 6 mg/dL; AST 872 U/L; ALT 492 U/L; LDH 3325 U/L. TC abdominal: hepatomegalia e trombo na veia porta. Do estudo efetuado: AcVHC/AgHbs/IgM AcHbc/AcVIH negativo; cicatriz imunológica para VHA/CMV/EBV/HSV; cobre sérico/ceruloplasmina/alfa-1-AT/perfil lipídico normal; ANA/ASMA negativo; Eco-doppler abdominal: veia porta com calibre aumentado (sem trombo), fluxo com velocidades muito baixas; Angio-TC abdominal: hepatomegalia, veia porta/veias supra-hepáticas permeáveis. 10º dia de internamento: alteração do estado de consciência; realizou biópsia hepática transjugular. 11º dia de internamento: apresentou critérios King's College para transplante hepático. Submetido a intervenção cirúrgica 24 h depois, ocorrendo óbito intra-operatório. Diagnóstico definitivo *post mortem*, em biópsia hepática realizada: metastização hepática difusa por carcinoma neuroendócrino (G3), de pequenas células. Sendo a apresentação clínica inespecífica, inexistindo achados imagiológicos clássicos consistentes com metastização hepática, e tendo uma janela curta para investigação, este caso destaca a necessidade do reconhecimento da infiltração maligna hepática como etiologia a ter presente, nos casos de IHA indeterminada.

184. ABCESSOS HEPATO-ESPLÉNICOS NO DIAGNÓSTICO TARDIO DE AMEBÍASE CÓLICA

A.C. Caetano, B. Gonçalves, P. Bastos, C. Rolanda, R. Gonçalves

Hospital de Braga.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino de 39 anos, a trabalhar há 3 anos em Angola, que foi observado no Serviço de Gastrenterologia por febre e dor abdominal desde há 3 dias. Referia também um quadro de diarreia (6-10 dejeções/dia não sanguinolentas), astenia, anorexia e emagrecimento com 4 semanas de evolução. Por estas queixas, duas semanas antes em consulta particular, havia realizado TC abdominal que mostrou espessamento do cólon proximal e adenopatias adjacentes e colonoscopia que revelou duas lesões ulceradas, friáveis, exsudativas, de 40 e 20 mm, no cólon direito e transversal, cuja histologia acusou inflamação inespecífica sem displasia. Foi considerado o diagnóstico provável de colite de Crohn e nesta sequência medicado com ciprofloxacina e budesonide. Apesar disso o quadro agravou-se com febre e dor no quadrante superior direito do abdómen. Analiticamente, destacava-se o aumento dos parâmetros inflamatórios. Repetiu TC abdominal que revelou, de novo, duas lesões hepáticas de 20 mm, de natureza aparentemente abcedada e múltiplas formações nodulares esplénicas (20-34 mm) de provável origem embólica. Repetiu colonoscopia onde se observaram múltiplas úlceras longitudinais no cólon direito cuja histologia revelou infiltrado inflamatório linfoplasmocítico. Suspendeu budesonide e

iniciou empiricamente metronidazol e piperacilina/tazobactam com franca melhoria. O estudo das fezes foi negativo. O ecocardiograma não apresentou alterações. A serologia para o anticorpo anti-*Entamoeba histolytica* foi positiva (1/320), diagnosticando-se amebíase intestinal e extra-intestinal. Manteve antibioterapia dirigida com metronidazol. Após 3 semanas, a reavaliação ecográfica revelou ausência de lesões focais hepato-esplénicas e a reavaliação endoscópica mostrou normalização da mucosa cólica com subestenose cicatricial do ângulo hepático que não condicionava qualquer sintomatologia. Pretende-se realçar a patologia infecciosa atípica no diagnóstico diferencial da Doença Inflamatória Intestinal e os riscos da terapêutica imunossupressora neste contexto. Esta discussão proporciona-se pela consequência rara (abcessos hepato-esplénicos) de um diagnóstico tardio de amebíase cólica.

185. BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: CONTRIBUTO DECISIVO PARA O DIAGNÓSTICO DE HEPATOCARCINOMA

S. Lopes, J. Santos-Antunes, J. Lopes, G. Macedo

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

Doente do sexo masculino, 77 anos, com antecedentes de gastrectomia distal por GIST gástrico em 2010. Sem outros antecedentes patológicos, medicado habitualmente com pantoprazol 40 mg/d e lorazepam 5 mg/d. Recorreu ao serviço de urgência em Dezembro de 2011 por melenas. Efetuou endoscopia digestiva alta que mostrou volumosa neoformação subepitelial, com ulceração da mucosa e vaso visível, tendo sido feita hemostase com hemoclips e injeção submucosa de adrenalina. Durante o internamento fez TC abdominal, tendo sido identificada lesão gástrica de aproximadamente 8cm, que dados os antecedentes foi interpretado como recorrência do GIST; simultaneamente identificaram-se duas lesões nodulares no lobo hepático esquerdo com 2 e 3 cm compatíveis com metástases hepáticas. Efetuou ecoendoscopia que mostrou no corpo gástrico lesão hipoeecóica, heterogênea, na submucosa, com 75 mm, tendo-se procedido à realização de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) com agulha 19G. No lobo esquerdo do fígado visualizada lesão hipereecóica, de limites mal definidos, com 25 mm, tendo sido igualmente puncionada com agulha 19G. O exame histológico com respectivo estudo imuno-histoquímico da lesão gástrica revelou características de GIST do estômago e da lesão hepática fragmentos de carcinoma com aspectos morfológicos e imunocitoquímicos sugestivos de hepatocarcinoma. O doente foi submetido a gastrectomia e hepatectomia esquerda. No respectivo exame histológico confirmou-se GIST gástrico de baixo risco e fígado com hepatocarcinoma moderadamente diferenciado em fígado não cirrótico. As PAAF guiadas por ecoendoscopia podem ser extremamente úteis para o diagnóstico de lesões hepáticas, principalmente quando a lesão é inacessível por razões anatómicas ou técnicas à punção percutânea. O procedimento é muito seguro e na grande maioria dos casos possibilita a recolha de material suficiente para a análise histológica, o que pode ser fundamental para diferenciar, como no caso apresentado, lesões hepáticas metastáticas e lesões primárias do fígado, com as consequentes implicações prognósticas e de estratégia terapêutica.

186. TOXICIDADE RENAL E MEDULAR A PENICILAMINA EM DOENTE COM DOENÇA DE WILSON

S. Rodrigues, S. Lopes, M. Brochado, R. Vaz, J. Frazão, S. Ribeiro, G. Macedo

Centro Hospitalar de São João.

LMVP, sexo masculino, 26 anos, estudante de medicina veterinária, seguido na consulta de Hepatologia por Doença de Wilson diag-

nosticada em Março de 2010, estadio de cirrose (classe A da classificação Child-Pugh, sem descompensações anteriores). Iniciou terapêutica com 1500 mg de penicilamina (750 bid) em Abril de 2010, com resposta terapêutica (excreção marcada de cobre na urina e estabilidade clínica e analítica). Em Dezembro de 2011, durante as suas férias, após uma semana com astenia marcada e edemas dos membros inferiores, recorreu ao hospital da área, onde foi diagnosticada anemia normocítica, normocromica com valor de hemoglobina de 6,3 g/dL. Apresentava hipoalbuminemia (23 g/L) e proteinúria nefrótica (3,1 g/24 h), mantendo perfil hepático sobreponível a valores anteriores. Por suspeita de anemia hemolítica foi iniciada prednisolona 40 mg PO e suspensa a penicilamina, sem resposta analítica. O doente foi transferido para o nosso hospital sendo observado por Hematologia e Nefrologia, colocando-se a hipótese de toxicidade medular e renal pela penicilamina. Foram efectuados aspirado e biópsia medular e posteriormente biópsia renal. O doente fez pulsos de metilprednisolona 1000 mg EV, em 3 dias consecutivos, e manteve prednisolona 80 mg PO. A biópsia medular revelou supressão da linha eritróide com eosinofilia central e a biópsia renal mostrou uma glomerulopatia membranosa. Iniciou terapêutica com trientina 500 mg bid e teve alta sob corticoterapia. Em Março de 2012, o doente apresenta melhoria clínica significativa com regressão dos edemas, hemoglobina de 11,7 g/dL e resolução da proteinúria nefrótica. Este caso permite discutir uma doença hepática relativamente rara e a sua terapêutica. Existem poucos casos descritos na literatura de toxicidade medular e renal por penicilamina em doentes com Doença de Wilson.

187. INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA EM DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO

A. Nunes^{1,2}, L. Ricardo^{1,3}, A. Gonçalves¹, A. Valente¹, R. Palma¹, P. Alexandrino¹, J. Velosa¹

¹Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia e Hepatologia, Serviço de Hepatologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ²Serviço de Gastrenterologia do Hospital Garcia de Orta. ³Serviço de Gastrenterologia do Hospital Fernando de Fonseca.

Mulher, 68 anos, com mieloma múltiplo refractário sob terapêutica com bortezomib e dexametasona há três meses. Tinha queixas de astenia, cansaço fácil, dispneia para esforços e ortopneia com dois meses de evolução. Quatro dias antes de recorrer ao serviço de urgência, iniciou prostração de agravamento progressivo e confusão mental. À admissão apresentava-se em estupor, icterícia, hipotensão, abdómen globoso sem organomegalias e com cianose das extremidades. Analiticamente salientava-se ALT 916 UI/L, AST 1312 UI/L, LDH 1968 UI/L, INR 2,75, bilirrubina total 3,6 mg/dL, factor V 10% e acidemia metabólica com hiperlactacidemia. O doseamento de psicofármacos e paracetamol foi negativo. A ecografia abdominal mostrava hepatomegalia com hiperecogenicidade do parênquima. Na radiografia torácica observava-se derrame pleural direito e aumento do índice cardíaco-torácico. Foi internada por insuficiência hepática aguda, com encefalopatia hepática grau III/IV, pelo foi entubada orotraquealmente e conectada a ventilação mecânica invasiva e iniciou N-acetilcisteína e antibioterapia empírica alargada. Foram excluídas causas virais e metabólicas de hepatite aguda. Verificou-se melhoria rápida com regressão da encefalopa-

tia e normalização do factor V e INR em cinco dias, acompanhada de descida das transaminases, sugerindo insuficiência hepática por isquémia. Desenvolveu quadro de edema pulmonar agudo associado a hipertensão arterial e foi instituída terapêutica para insuficiência cardíaca com melhoria. O ecocardiograma mostrou cardiomiopatia dilatada com fracção de ejeção ventricular de 22%. Estabeleceu-se o diagnóstico de isquémia hepática por insuficiência cardíaca grave, provavelmente secundária à terapêutica com bortezomib. O bortezomib está indicado na terapêutica do mieloma múltiplo refractário, podendo surgir insuficiência cardíaca, como reacção adversa rara. No entanto, não existe nenhum caso descrito na literatura de insuficiência hepática por isquémia, no contexto de insuficiência cardíaca secundária ao bortezomib.

188. “INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA” EM DOENÇA CELÍACA SERONEGATIVA

D. Martins, J. Pinho, P. Sousa, J. Machado, R. Araújo, A. Castanheira, E. Cancela, P. Ministro, A. Silva

Centro Hospitalar Tondela, Viseu.

Os autores relatam o caso de uma doente de 28 anos, puérpera, com antecedente de anemia ferropénica, não estudada e agravada durante a gravidez. Ao segundo mês de puerpério, por astenia, realizou estudo analítico, que revelou citólise hepática. Foi efectuado estudo adicional de hepatopatias no médico de família, que não revelou alterações. Em análises posteriores revelou agravamento de citólise e colestase sendo enviada ao Serviço de Urgência. Nessa altura referia edemas dos membros inferiores, fezes moles com várias dejeções diárias, perda ponderal acentuada, lesões eritematosas não pruriginosas nos membros inferiores e amenorreia. Analiticamente apresentava protrombinemia de 55%, hipoproteinemia e hipoalbuminemia; provas hepáticas com colestase e citólise (fosfatase alcalina 277, AST 166, ALT 95 e GGT 144 UI/L, bilirrubina directa 1,2 mg/dL). Foi internada no Serviço de Medicina. Ao segundo dia de internamento por agravamento clínico (ascite) e analítico (pancitopenia e protrombinemia de 39%) foi pedida a observação urgente de gastrenterologia, com suspeita de falência hepática. Após abordagem gastrenterológica considerou-se a possibilidade de se tratar de um quadro de desnutrição grave, secundário a síndrome de má-absorção. Nesse sentido foi efectuada terapêutica de suporte vitamínico e nutricional, com melhoria analítica nos dias subsequentes. Efectuou-se endoscopia digestiva alta, colonoscopia total com ileoscopia e enteroscopia por VCE, com identificação de mucosa duodenal e jejunal desprovida de vilosidades. A ecografia abdominal mostrou hepatomegalia e esteatose difusa. Do estudo analítico adicional salienta-se serologia de doença celíaca negativa. Contudo, a histologia duodenal confirmou a hipótese clínica de doença celíaca-mucosa plana, infiltrado linfoplasmocitário no córion e hiperplasia das criptas. Após restrição de glúten e restante terapêutica foi observada melhoria clínica e analítica acentuada, com normalização de todos os parâmetros, mantendo a doente seguimento em consulta externa. Apresenta-se este caso pela severidade e exuberância da apresentação clínica no período puerperal, com iconografia endoscópica bem explícita desta patologia.

189. RETIRADO A PEDIDO DO AUTOR