GE J Port Gastrenterol. 2013;**20(Espec Congr):**99-109

Jornal Português de Gastrenterologia
Portuguese Journal of Gastroenterology
www.elsevier.pt/ge

COMUNICAÇÕES ORAIS

Reunião Anual da Secção de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica

13 Junho 2013

Comunicações 1

13 Junho 2013, 09:30-11:00, Sala Lyra

1. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM IDADE PEDIÁTRICA:SÉRIE RETROSPECTIVA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

L. Paulos[1,2], S. Azevedo[2], P. Mourato[2], H. Loreto[2], A.I. Lopes[2]

[1]Serviço de Pediatria, Centro Hospital Leiria-Pombal. [2]Unidade de Gastrenterologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Introdução e objetivo: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) em 25-30% dos casos manifesta-se em idade pediátrica, reconhecendo-se um aumento da incidência nos últimos anos, particularmente de Doença de Cronh (DC). Pretendeu-se caracterizar o perfil clínico dos casos de DII em seguimento numa Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, num período de 11 anos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional (2002-2012); consultados processos clínicos de doentes em seguimento actual (excluídos doentes transferidos para Adultos neste período). Foram analisadas: variáveis demográficas, idade no diagnóstico, fenótipo clínico (classificação de Paris (CP) na DC e Truelove and Witts (TW) na CU); PCDAI e PUCDAI no diagnóstico e actual, manifestações extra-intestinais, terapêutica, evolução e complicações. Análise estatística: SPSS for Windows®.

Resultados: Foram incluídos 38 doentes (31 DC, 6 CU e 1 CNC), 58% sexo masculino; Idade média no diagnóstico 11,2 ± 3,6, (min 1,5 A, máx 16,5 A); idade média actual 15,1 ± 3,1 (min 5 A; Máx 19 A); follow up médio 3,9 A, (min 1,5 A; máx 11 A); incidência média 3,2 casos/ano. Para indução de remissão em todos os casos foi instituída terapêutica com corticóides e messalazina, adicionalmente a dieta semi-elementar. Na maioria dos casos foi instituída terapêutica de manutenção com azatioprina após a 1ª recaída, associada a messalazina; três doentes com DC estão sob terapêutica com infliximab (fenótipo L3B2/B3). Ao longo do período de seguimento 45% dos doentes necessitaram internamento por agudizações (média 0,9 int/doente/ano). DC: 39% dos diagnósticos < 10 A (A1a), 61% entre 10-17A (A1b). Envolvimento Ileocólico (L3) 48%, dos quais 55% com envolvimento proximal (L3a/L4b), 47% com doença estenosante e/ou fistulizante (B2/B3); envolvimento cólico exclusivo (L2) 29%, dos quais 55% com L3a/L4b, nenhum com B2/B3; evidência de B2 em 16% e B2/B3 em 7%, todos com envolvimento L3; atraso do crescimento (G1) 9,6% dos doentes; PCDAI médio ao diagnóstico 30,7 ± 9,4, mediana 30; PCDAI médio atual 7 ± 6,5, mediana 7; manifestações extra-intestinais 14%; complicações médicas 16%; complicações cirúrgicas 10%; cirurgia electiva em 13% em média 3,9 A após diagnóstico (todos L3B2/B3). CU: 50% dos diagnósticos idade < 10 A. TW no diagnóstico: Doença moderada 83% e moderada/severa 17%; TW atual: doença moderada 100%; manifestações extra-intestinais em 17%; sem complicações major no período de seguimento.

Conclusões: Embora com representatividade parcial, a presente série reflecte a reconhecida expressão clínica da DII em idade pediátrica, designadamente em relação à DC. Salienta-se o potencial impacto clínico da evolução temporal da estratégia terapêutica e a necessidade de uma abordagem individualizada destes doentes.

2. ESOFAGITE EOSINOFÍLICA-EPIDEMIOLOGIA E EVOLUÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

J. Faleiro Oliveira, M. Carneiro de Moura, M.L. Torre, P. Sande Lemos

Departamento de Pediatria, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A esofagite eosinofílica é uma doença crónica imunomediada, cuja incidência tem vindo a aumentar na idade pediátrica.

Objetivo: Caracterização dos casos de esofagite eosinofílica e sua evolução no Departamento de Pediatria.

Material: Estudo retrospectivo entre Janeiro de 2006 e Janeiro de 2012. Foram analisados dados demográficos, comorbilidades, quadro clínico, terapêutica e evolução. Foram incluídos casos com diagnóstico histológico confirmado em biópsia esofágica (> 15 eosinófilos/campo) e o tempo de acompanhamento mínimo foi de 2 anos.

Resultados: Foram incluídas 11 crianças, 8 do sexo masculino, com mediana de idade de 8 anos (5-15 anos). Sete crianças tinham

0872-8178/$ - see front matter © 2013 Publicado por Elsevier España, S.L. em nome da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia.

antecedentes pessoais de atopia. As manifestações clínicas mais frequentes foram: engasgamento (6), vómitos (4), impactação (3) e dor abdominal (2). Macroscopicamente observaram-se erosões da mucosa esofágica em 3 casos e diminuição do calibre esofágico em 2 casos. Oito doentes fizeram avaliação de doença alérgica, sendo que sete apresentavam valores elevados de IgE total (mediana 237UI/L) e sete tinham IgE específica alimentar positiva; proteínas do leite de vaca (4) e ovo (3) foram os alergéneos mais frequentes. Seis doentes tinham eosinofilia periférica (mediana 950 /µL). Nove doentes foram medicados com inibidor da bomba de protões e corticóide tópico e 1 doente foi medicado apenas com corticóide tópico; em 6 casos foi necessário mais do que um ciclo de corticoterapia tópica. Foi instituída terapêutica dietética dirigida em 4 casos e empírica num caso. Verificou-se resolução clínica em 6 doentes e histológica em 3 doentes. Atualmente 5 doentes encontram-se sob terapêutica de manutenção, dos quais 3 com corticóide tópico. Dois doentes mantêm dieta de evicção dirigida.

Conclusões: A esofagite eosinofílica condicionou morbilidade e dificuldades terapêuticas, sobretudo nos casos com alergia alimentar concomitante. Embora a maioria dos doentes esteja assintomática aos 2 anos de evolução, importa monitorizar as recidivas no futuro e optimizar a abordagem diagnóstica e terapêutica.

3. COLITE MICROSCÓPICA: CASUISTICA DE UM DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

A. Cysneiros, A. Vasconcelos, M. Carneiro de Moura, M.L. Torre, P. Sande Lemos

Departamento de Pediatria, Hospital Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.

Introdução: A colite microscópica consiste numa entidade clinica com etiologia e patogenia controversa. A sua associação com outras entidades clínicas permanece em discussão assim como o seu tratamento.

Objetivo: Descrever a evolução de doentes com exame endoscópico com aspecto macroscópico normal e achados de colite microscópica em biópsias.

Material e métodos: Apresentamos um estudo retrospectivo de crianças submetidas a colonoscopia ou rectosigmoidoscopia com diagnóstico histológico de colite microscópica, entre Outubro de 2005 e Janeiro de 2013.

Resultados: Foram incluídos cinco doentes, entre os 18 meses e 17 anos, todos apresentavam apresentavam diarreia crónica e um apresentava diarreia crónica e dor abdominal. Dos cinco doentes quatro foram tratados com 5 ASA e um com antibioticoterapia após isolamento de Campylobacter. Todos apresentaram melhoria clínica.

Conclusões e comentários: Pretendemos alertar para esta entidade clínica em Pediatria, assim como optimizar a abordagem diagnóstica, terapêutica e de seguimento.

4. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM PEDIATRIA: QUAL O ESTADO NUTRICIONAL E QUE TERAPÊUTICA NUTRICIONAL?

C. Ferreira, A. Russo, P. Ravasco, S. Azevedo, M.E. Camilo, A.I. Lopes

Laboratório de Nutrição e Unidade de Nutrição e Metabolismo do Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa Departamento de Pediatria, Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Hospital Universitário de Santa Maria, CHLN e Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Introdução: A desnutrição em doentes pediátricos com doença inflamatória do intestino (DII) pode dever-se a défices calórico-proteicos, de micronutrientes e alterações na composição corporal, com possível atraso no crescimento e puberdade. Este estudo tem como objetivo caracterizar o estado nutricional e intervenção nutricional numa população de doentes pediátricos ambulatórios com DII.

Doentes e métodos: Em 8 doentes incluídos consecutivamente (7-doença de Crohn, 1-colite ulcerosa), avaliou-se o estado nutricional mediante os percentis do IMC e a composição corporal mediante o perímetro braquial, pregas adiposas tricipital e subescapular. A ingestão nutricional foi avaliada pelo questionário das 24 horas anteriores com posterior conversão em nutrientes através do Food Processor®; comparou-se a ingestão com DRIs de proteína, ferro e cálcio; necessidades energéticas totais foram calculadas pela fórmula da FAO/OMS+20% (factor *stress* da doença).

Resultados: 5?, 3?, idades entre 5-19 (14 ± 4,5) anos; todos os doentes sob azatioprina, mesalazina e 3/8 sob corticoterapia; 5/8 tem prescrita suplementação de vitaminas/minerais. Registou-se IMC < percentil 10 em 3 doentes, que tinham também perímetro braquial (n = 2), prega tricipital (n = 1) e subescapular (n = 1) abaixo do percentil 5. Os restantes 5 doentes tinham IMC adequado e perímetro braquial > percentil 10. Todos tinham prescrita dieta pobre em resíduos com restrição de lactose, fibra e lípidos; em 5/8 foi prescrita fórmula oligomérica semi-elementar *per os* (média = 750 ± 180 mL/dia). Relativamente à ingestão nutricional, 6/8 apresentava défice energético: -1047 ± 255 kcal; todos superaram as necessidades em proteína. Em relação a micronutrientes, 7 satisfaziam as necessidades em ferro; todavia 6 tinham ingestão de cálcio abaixo das DRIs.

Conclusões: O aumento da amostra permitirá uma caracterização mais robusta, mas ainda assim a prevalência de baixo peso e reduzida massa muscular já é clinicamente relevante. Em todos os doentes se verificaram défices de ingestão, em particular calóricos e de cálcio. É mandatório optimizar a terapêutica nutricional visando corrigir eventuais défices dietético/nutricionais e consequentemente melhorar o estado nutricional e Qualidade de Vida destes doentes.

5. INFEÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI EM IDADE PEDIÁTRICA: ACHADOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS

S. Freitas Oliveira[1], I. Vaz Matos[2], R. Lima[2], F. Pereira[2]

[1]Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; [2]Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: A infeção por Helicobacter pylori (Hp) é frequentemente adquirida na idade pediátrica e está relacionada com diversas situações patológicas deste grupo etário.

Objetivo: Conhecer a prevalência de infeção por Hp em crianças submetidas a endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia gástrica e relacionar esta infeção com os achados clínicos, endoscópicos e histológicos.

Métodos: Estudo retrospetivo dos processos clínicos, de todas as crianças/adolescentes submetidos a EDA com biópsias gástricas, entre julho de 2007 e junho de 2012. Analisámos 181 doentes (2-18 anos), com média 11,39 anos ± 4,2 sendo 55,2% do sexo feminino. A infecção por Hp foi determinada pela identificação histológica do agente. Análise estatística: teste Qui-quadrado, teste Exacto de Fisher; $p < 0,05$.

Resultados: A indicação principal para EDA foi a dor epigástrica (45,9%). O Hp foi identificado nas biópsias gástricas de 112 crianças (61,9%), com uma prevalência mais elevada de infeção no grupo dos 6-10 anos (67,4%). A pangastrite foi observada em 144 doentes (86,7%). O aspeto nodular da mucosa antral/corpo foi o único achado endoscópico que se associou significativamente à presença de Hp ($p < 0,001$). As alterações histológicas significativamente associadas à infeção por Hp foram: atividade moderada/severa ($p < 0,001$), infla-

mação moderada/severa (p < 0,001) e atrofia gástrica (p = 0,008). Todos os doentes com úlcera duodenal tinham infeção por Hp.

Conclusões: Encontrámos uma prevalência elevada de infeção por Hp nesta amostra selecionada da população pediátrica portuguesa. Esta infeção provoca sintomatologia e associa-se frequentemente a nodularidade da mucosa gástrica e a pangastrite crónica ativa por vezes com atrofia.

6. O PAPEL DOS ANTICORPOS IGA ANTI-ENDOMÍSIO NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA CELÍACA NUMA AMOSTRA PEDIÁTRICA

S. Corujeira[1], P. Guedes[2], M. Tavares[1], E. Trindade[1], F. Carneiro[2,3], F.A. Dias[1]

[1]Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar São João. [2]Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. [3]Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar São João.

Introdução: As biopsias de intestino delgado são consideradas o método diagnóstico de referência de doença celíaca (DC). Recentemente tem surgido evidência crescente do valor diagnóstico dos anticorpos específicos na DC.

Objetivo: Avaliar o valor dos anticorpos IgA anti-endomísio (EMA) no diagnóstico de DC em idade pediátrica.

Métodos: Estudo prospectivo de crianças com suspeição de DC, sob dieta comglúten, com teste positivo de anticorpos IgA anti-gliadina (DGP) e/ou IgA anti-transglutaminase (TGT). Foram submetidos a biopsia duodenal e doseamento de EMA.

Resultados: Desde Abril/2012 foram incluídos 19 doentes (73,7% sexo feminino, idade média 7,2 ± 3,8 anos). Foi confirmada DC em 17, excluída num e considerada incerta noutro com posterior resposta à dieta semglúten. Foi realizado rastreio de DC por manifestações clínicas sugestivas em 63,2%, por factor de risco em 31,6% e por ambos em 5,3%. Os anticorpos DGP foram positivos em 88,2%. Os anticorpos TGT foram positivos em 94,7%, embora com título 10x superior ao valor de referência (VR) em apenas 52,6%. Os EMA foram positivos em 89,5% com título elevado/moderado em 82,4%/17,6%. Quando comparamos o valor de TGT/VR, se TGT/VR < 10 a positividade dos EMA foi 77,8% (título elevado/moderado 33,3%/44,4%) enquanto que se TGT/VR ≥ 10 a positividade dos EMA foi elevada em 100%. Nos doentes com títulos de EMA positivos o exame histológico (classificação de Marsh) revelou alterações compatíveis com DC (p = 0,056). Não se verificou correlação entre o título de EMA e a gravidade histológica. A sensibilidade e especificidade dos anticorpos EMA foi 94,4% e 100%, respectivamente.

Conclusões: Verificou-se correlação entre o resultado histológico e positividade dos EMA. O doseamento dos EMA parece ser particularmente útil nos casos suspeitos de DC com títulos elevados de TGT. A necessidade de leitura individual dos EMA e a dependência de boas condições técnicas sugere uma execução centralizada em laboratórios de referência.

7. INFLIXIMAB NO TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL - EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE GASTRENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

P. Carvalho[1], S. Ferreira[2], P. Gonçalves[3], R. Lima[4], F. Pereira[4]

[1]Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. [2]Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE. [3]Hospital de Braga. [4]Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: O Infliximab (IFX) é um anticorpo monoclonal utilizado no tratamento de doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) refractária à terapêutica convencional ou que apresentam intolerância ou contraindicação à mesma.

Objetivo: Descrever a resposta clínica de doentes com DII em tratamento com IFX, seguidos na Unidade de Gastrenterologia Pediátrica.

Material e métodos: Realizou-se um estudo transversal e descritivo com revisão de processos de doentes incluídos em protocolo terapêutico com IFX (5 mg/kg às 0, 2, 6 e 8/8 semanas) entre junho de 2010 e Fevereiro de 2013.

Resultados: Analisaram-se 8 processos de crianças/adolescentes com Doença de Crohn (4 rapazes, 4 raparigas). Todos os casos apresentavam localização ileocólica, 1 também com localização gástrica e 5 com doença perianal. A idade média no momento da introdução do IFX foi de 14 anos e o intervalo de tempo decorrido desde o diagnóstico teve mediana de 3,91 anos [1,25-7]. A indicação para introdução de terapia biológica foi a presença de doença luminal e fistulizante moderada a grave corticodependente (7 casos), de doença estenosante, recidivante após cirurgia (1 caso) e a ocorrência de reacção adversa à azatioprina (1 caso). Com o tratamento verificou-se melhoria do z score da estatura (aumento de 0,086). Houve remissão clínica em 7 doentes. Verificou-se descida gradual do PCDAI (mediana início/6 m/final: 21,25/10/5). A corticoterapia foi suspensa em todos os doentes e a azatioprina em 2 dos 7 que a iniciaram. Procedeu-se a escalada terapêutica em 4 doentes (em média após 10 sessões). Num caso verificou-se colite a CMV. A duração média do tratamento foi de 19 meses [4-33] e não se registaram reacções alérgicas (n = 108 sessões).

Conclusões: Na população do estudo o IFX mostrou boa tolerância, segurança e eficácia no controlo da Doença de Crohn refractária à terapêutica convencional, de acordo com o que tem sido descrito na literatura.

8. ANEMIA E QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL PEDIÁTRICA

J. Jardim, F. Flor de Lima, M. Tavares, E. Trindade, J. Amil Dias

Hospital de São João, Porto.

Introdução: A anemia é uma complicação comum da doença inflamatória intestinal (DII). A qualidade de vida (QV) e a função cognitiva estão comprometidas em doentes com anemia relacionada com a DII em adultos. Não há estudos referentes ao tema na DII pediátrica.

Objetivo: Analisar as alterações da hemoglobina e da ferritina numa população de doentes com DII e avaliar a correlação da anemia com a QV.

Métodos: Estudo prospectivo numa amostra de crianças e adolescentes com DII. Foram analisados a hemoglobina, os níveis de ferro sérico, ferritina e vitamina B12 em análises de rotina. A QV foi avaliada pelo questionário IMPACT III, previamente validado em português. A anemia foi classificada de acordo com o sexo e os valores de referência para a idade. Os níveis de ferritina foram estratificados em distribuição por percentis. A ferropenia foi classificada como um valor de ferro sérico abaixo de 50 mg/dl.

Resultados: Amostra de 48 doentes com Doença de Crohn (81,3%) e Colite Ulcerosa (18,8%). A média de QV foi 140,75 (DP ± 20,48; 92-171). Observou-se remissão clínica da doença em 97,9% dos casos. A maioria dos doentes tinham doença diagnosticada há mais de 12 meses (70,8%). Quinze (31,3%) tinham anemia e 59,5% tinham níveis de ferritina abaixo do percentil 50. Houve ferropenia em 31,7% dos casos. Não existiu correlação entre QV e níveis baixos de ferro, da hemoglobina ou valores de ferritina. A QV média foi mais baixa no sexo feminino (p = 0,004) do que no sexo masculino.

Conclusões: A AD não afectou a QV neste grupo de doentes. Estes resultados sugerem que a anemia não interfere substancialmente com a percepção de QV nesta faixa etária. Este é o primeiro estudo sobre a qualidade de vida e metabolismo do ferro em DII pediátrica, no sentido de melhor conhecer esta problemática.

9. PREPARAÇÃO INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA EM PEDIATRIA - AVALIAÇÃO DE PREPARAÇÕES

J. Coelho, M.I. Monteiro, F. Flor de Lima, J. Cardoso, R. Marques, M. Tavares, R. Lima, E. Trindade, J. Amil

Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução: A colonoscopia é um exame seguro e bem tolerado, sendo a preparação intestinal uma condicionante de qualidade. A má preparação é um problema frequente na prática clínica, estimando-se que ocorra em 10 a 25% dos exames. Esta depende da solução de preparação intestinal, sua eficácia, facilidade de administração e tolerância.

Objetivo: Avaliar a tolerância e eficácia da preparação intestinal para colonoscopia com diferentes preparações.

Material e métodos: Estudo prospectivo em doentes que realizaram colonoscopia total num período de 8 meses. Foram distribuídos em 2 grupos aleatórios, um realizou a preparação A (macrogol 3350 e electrólitos) e outro a preparação B (picossulfato de sódio). Todos os exames foram avaliados por, pelo menos, 2 gastrenterologistas, que desconheciam a preparação efectuada. Foi aplicado um questionário aos doentes, para avaliar a tolerância e a facilidade de execução. A qualidade da preparação intestinal foi classificada pela Escala de Preparação Intestinal de *Aronchick*.

Resultados: Incluídos 19 doentes distribuídos aleatoriamente pelos 2 grupos. Todos completaram a preparação, 58% consideraram a preparação como fácil. Em relação ao paladar, na preparação A, 60% referiram sabor mau ou intolerável, e na preparação B, 78% sabor razoável ou bom. Os efeitos adversos foram náuseas (74%), dor abdominal (32%) e vómitos (26%), sem diferença significativa entre grupos. A preparação intestinal classificou-se como excelente ou boa em 50% do grupo A e em 22% do grupo B, sem diferença significativa inter-observadores. A percentagemglobal de má preparação foi de 21%.

Conclusões: Apesar dos esforços para se obterem produtos de paladar agradável, encontrou-se ainda considerável insatisfação por parte dos doentes e um resultado inverso entre a apreciação subjectiva dos doentes e a qualidade da preparação intestinal obtida. O macrogol, apesar de pior paladar revelou-se mais eficaz, embora seja necessário progredir mais nos factores subjectivos que se reflectem na aceitabilidade por parte dos doentes.

Comunicações 2

13 Junho 2013, 11:30-13:00, Sala Lyra

1. ANEMIA FERROPENICA NA DOENÇA DE CROHN: AVALIAÇÃO PRELIMINAR DA TERAPÊUTICA COM FERRO ENDOVENOSO NUMA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

M.V. Pinto, S. Azevedo, H. Loreto, P. Mourato, C. Maltez, A.I. Lopes

Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, CHLN, Centro Académico de Lisboa.

Objetivo: A anemia ferropenica é uma das causas mais prevalentes de anemia na Doença Crohn (DC), em particular no grupo etário pediátrico. A eficácia e segurança do ferro endovenoso está demonstrada na população adulta; em pediatria a evidência é escassa. O objetivo do presente estudo foi determinar a resposta clinico-laboratorial do uso de ferro endovenoso.

Material: Recrutaram-se crianças/adolescentes com diagnostico de DC e anemia ferropenica (OMS). Dose total de óxido ferrico sacarosado administrada, calculada pela formula de Ganzoni. A resposta à terapêutica foi determinada pela Hb e ferritina sérica 4-6 semanas após tratamento, assim como o PCDAI e reacções adversas ao fármaco.

Resultados: Foram recrutados 13 doentes com DC (10 raparigas, idade média 15 ± 2,2 A), com valor médio de PCDAI de 14,2 ± 11,5. Os resultados relativos à Hb foram: Raparigas ≥ 13 anos (n = 9)-Hb: 10,1 ± 1,3 g/dl; rapazes ≥ 13 anos (n = 3)-Hb: 12,1 ± 0,7 g/dl; raparigas < 12 anos (n = 1)- Hb: 11,6 g/dl. Os valores médios de ferritina sérica no grupo em remissão e com doença activa foram respectivamente: 16,1 ± 16,8 ug/dl e 57,9 ± 108,9 ug/dl. Após tratamento todos os doentes estavam em remissão, com ferritina sérica media 64,3 ± 40,7 ug/dl [24,1-176,8]. O valor médio de Hb pós tratamento: Raparigas ≥ 13 anos: Hb: 12,6 ± 0,9 g/dl; rapazes ≥ 13 anos; Hb: 13,6 ± 0,8 g/dl; raparigas < 12 anos. Hb: 14,4 g/dl. Não foram reportados efeitos adversos major. Dose média de ferro administrado 728,9 ± 204,2 mg. Quatro doentes necessitaram retratamento em média 8,7 M depois.

Conclusões: Os dados apresentados sugerem a segurança e eficácia do ferro parentérico bem como a adequação da fórmula de Ganzoni. São necessários mais estudos para determinação do impacto clinico desta estratégia terapeutica.

2. UTILIZAÇÃO DO MARCADOR SÉRICO DE APOPTOSE-CK18-NUMA AMOSTRA DE CRIANÇAS COM OBESIDADE

M. Carneiro de Moura, P. Sande Lemos, M.L. Torre, R. Coelho, I. Freire, M.J. Germano de Sousa

Departamento de Pediatria (Directora:Dra Helena Carreiro), Departamento de Patologia Clínica Hospital Fernando Fonseca.

Introdução: A obesidade infantil e a presença de esteatose hepática aumentaram nos últimos anos. É conhecido o risco de evolução de esteatose hepática para esteatohepatite (NASH) e para fibrose hepática.Encontram-se em estudo marcadores serológicos de apoptose celular como o CK 18 que podem ser úteis no diagnóstico de NASH em adultos e crianças, e ainda estão a ser definidos valores de "cutoff", sensibilidade e especificidade.

Objetivo: Avaliar os valores de CK 18 numa amostra de crianças obesas com e sem esteatose hepática

Material: Crianças com obesidade seguidas entre Setembro de 2010 e Abril de 2011. Foram incluídas nesta amostra crianças que realizaram neste período ecografia abdominal e exames laboratoriais para estudo de obesidade (hemograma, plaquetas, PCR, transaminases, perfil lipídico, TNF-alfa, leptina sérica, índice de insulinorresistência) incluindo a determinação sérica de CK18.

Resultados: Foram incluídas 12 crianças, 7 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 9 e 15 anos (mediana 11 anos). A mediana de IMC foi de 29,8 (DP 5,3) e a mediana de z-score de 2,08. Oito doentes apresentavam esteatose hepática na ecografia. Dos oito doentes com esteatose hepática, 5 tinham valores de CK acima de 250 UI/L . De interessante notar que dois dos doentes que apresentavam valores mais elevados de CK 18 (1000 UI/L e 592 UI/L respectivamente) foram crianças que apresentavam esteatose e elevação de transaminases (TGO e/ou TGP) duas vezes o valor normal. Foram excluídas outras causas de elevação de transaminases.

Conclusões: Alguns estudos têm apontado valores de "cutoff"de CK18 de 246 UI/L para adultos com NASH com sensibilidade e especificidade de 78% e 88%, respectivamente. Na nossa amostra, os dados sugerem a importância deste novo marcador de apoptose também na população pediátrica. Os autores pretendem realizar um estudo prospectivo utilizando este marcador com maior número de doentes e comgrupo controlo.

3. APORTE NUTRICIONAL E MARCADORES DO METABOLISMO ÓSSEO EM CRIANÇAS COM HIPOLACTASIA TIPO ADULTO

E. Martins, J.P. Gonçalves, H. Antunes

Consulta de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica do Hospital de Braga.

A hipolactasia tipo adulto (HTA) é a causa mais comum de deficiência da lactase, afetando cerca de metade da população mundial. As manifestações clinicas estão associadas ao consumo de produtos lácteos e incluem: dor, distenso abdominal, náuseas, vómitos, diarreia e flatulência. Estudos prévios demonstraram que a deficiência de lactase pode influenciar a ingestão de cálcio, diminuindo-a, e esta por sua vez a massa óssea. Neste sentido são objetivos do presente estudo: 1. Avaliar a ingestão alimentar de cálcio e a densidade mineral óssea em crianças com hipolactasia tipo adulto; 2. Avaliar o impacto da hipolactasia tipo adulto nos marcadores do metabolismo ósseo: cálcio ionizado, fósforo e vitamina D; 3. Determinar outras variáveis do metabolismo ósseo como exposição solar.

Material: Estudo observacional, transversal e descritivo. A amostra constituída por 49 crianças seguidas na consulta de GHNP do Hospital de Braga. Ingestão alimentar avaliada através de questionário de frequência de consumo alimentar, que incluía alimentos fornecedores de cálcio de dois tipos: produtos lácteos e produtos não lácteos. A densidade da massa óssea foi avaliada por densitometria óssea de dupla energia (Dual-energy X-ray Absortiometry, DEXA). Efetuado doseamento sérico de cálcio ionizado, fósforo e vitamina D. Avaliação dos parâmetros antropométricos e dos principais sintomas associados à ingestão da lactose.

Resultados: A maioria das crianças (n = 37) atinge as recomendações diárias de cálcio. O consumo de produtos lácteos foi superior ao consumo de não lácteos. Quanto à densitometria os valores de densidade obtidos não foram reduzidos. Em 53,3% (n = 24) das crianças os valores séricos de cálcio ionizado e fósforo estão dentro dos intervalos de referência. Em relação aos valores séricos de 25 (OH)D, 85,7% (n = 42) crianças apresentam níveis séricos baixos.

Conclusões: Este estudo revela que a hipolactasia tipo adulto não está associada a menor ingestão de cálcio.

4. CRITÉRIOS DE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA DA OMS: INFORMAÇÃO E REALIDADE

J. Ribeiro, H. Antunes

Unidade de gastrenterologia, hepatologia e nutrição pediátrica do Hospital de Braga, IC VS, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho e laboratório associado IC VS /3B's, Braga/ Guimarães.

Introdução: A Organização Mundial de Saúde(OMS) recomenda amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida.

Objetivo: Obter a prevalência de aleitamento e aleitamento exclusivo até aos 6 meses de vida. Avaliar o conhecimento das mães acerca das vantagens do aleitamento materno e exclusivo até aos 6 meses; avaliar o impacto de informação em relação ao desejo de amamentar e as razões do incumprimento das recomendações da OMS.

Métodos: Aplicação de questionários a puérperas internadas na Maternidade dum Hospital terciário. As puérperas foram divididas em dois grupos: grupo-caso as quais foi fornecida informação das vantagens da amamentação e recomendação de amamentação exclusiva até aos 6 meses e grupo-controlo mães não informadas pelos autores. Aos 6 meses de idade, aplicação de questionário telefónico em que se inquiriu da continuidade, ou não, da amamentação e se exclusiva. Foram utilizadas tabelas de frequência e o teste de McNemar.

Resultados: Foram inquiridas 242 puérperas, 98,7% tinham intenção de amamentar, 54,0% das quais exclusivamente até aos 6 meses. No 2º inquérito, responderam 192 mães, 63,5% amamentavam, exclusivamente até aos 6 meses, 35,4%. Grupo-caso, 56,7% das inquiridas pretendia amamentar exclusivamente até aos 6 meses e 39,2% fizeram-no; grupo-controlo 50,5% e 31,6% fizeram-no. Do grupo-caso 89,7% dizem ter intenção de o fazer no próximo filho; grupo-controlo 52,6%, $p < 0,001$. Das 54 mães que não amamentaram exclusivamente, 46,3% referiu o trabalho como motivo da diversificação e 36% aconselhamento profissional. Para abandono a razão invocada foi "agalactia" em 78,6%.

Conclusões: Houve diferenças estatisticamente significativas na intenção comportamental, mas não na atitude, entre o grupo-caso e o grupo-controlo, após informação. A legislação laboral foi a razão invocada de idade não recomendada de diversificação na maioria das inquiridas. As recomendações foram seguidas em 1 de cada 3 lactentes, prevalência próxima dos melhores resultados a nível mundial mas a maioria não seguiu as recomendações.

5. DOENÇAS AUTOIMUNES E EXPOSIÇÃO AO GLÚTEN EM CRIANÇAS COM DOENÇA CELÍACA

A. Dias, S. Águeda, M. Tavares, E. Trindade, J.A. Dias

Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar São João.

Introdução: É reconhecida a associação entre a doença celíaca (DC) e outras doenças autoimunes (DAI), sugerindo-se a exposição prolongada ao glúten como fator desencadeante. O efeito protetor da dieta isenta de glúten (DIG) nas DAI permanece controverso, questionando-se se esta pode ou não modificar a sua história natural.

Objetivo: Estabelecer a prevalência de doenças autoimunes numa amostra de crianças com diagnóstico de DC, relacionar o seu aparecimento com o tempo de exposição ao glúten (TEG) e determinar o impacto da DIG na evolução das mesmas.

Material e métodos: Estudo retrospetivo das crianças com DC, agrupadas de acordo com a ausência ou presença de DAI, previamente ou no decurso do seguimento pela DC.

Resultados: Identificaram-se 82 crianças com DC, a maioria do género feminino (53), com idade (média) no diagnóstico de 5,25 anos, após TEG médio de 4,6 anos e com follow-up médio de 3,93 anos. Tinham história familiar de DC 4 casos e de DAI 1 caso. Foi obtida remissão clínica (ausência de sinais/sintomas de DC) e imunológica (ausência de auto-anticorpos séricos) em média aos 1,97 meses e 1,44 anos, respetivamente, após o diagnóstico. 26 doentes apresentaram DAI: 4 tinham DAI prévia à DC (diabetes mellitus), cujo controlo glicémico não se modificou substancialmente após início da DIG. Dos restantes 22, 1 desenvolveu tiroidite de Hashimoto e os restantes 21 apresentaram posteriormente marcadores de autoimunidade (anticorpos antitiroideus em 18 e anti-insulina em 3 casos), sem evidência de doença clínica no seguimento efetuado (0,2 a 11,6 anos).

Conclusões: Os doentes com intolerância ao glúten desenvolvem frequentemente fenómenos de autoimunidade contra outros órgãos-alvo. Nesta amostra não ocorreu evolução para doença clínica, mas o cumprimento da DIG não impediu a ocorrência de alterações subclínicas da imunidade, no período do estudo. Justifica-se o rastreio e monitorização de DAI em crianças com DC para identificação precoce das mesmas.

6. AVALIAÇÃO HEPÁTICA COM A TECNOLOGIA ARFI - ESTUDO PROSPECTIVO PARA DETERMINAÇÃO DE VALORES NORMAIS EM IDADE PEDIÁTRICA

L.B. Barbosa, H. Matos, A. Trindade, M.J. Noruegas

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Objetivo: O intervalo de valores normais de SWV no fígado (shear wave values) obtidos com a tecnologia ARFI, para uma população pediátrica saudável, ainda não foi bem definido. O nosso objetivo foi encontrar o intervalo de valores normais em diferentes faixas etárias, em ambos os sexos, e avaliando diferenças resultantes da respectiva abordagem metodológica.

Material e métodos: No período compreendido entre Julho e Dezembro de 2011 efectuámos um estudo prospectivo em 90 crianças saudáveis, com idades entre os 2 meses e os 17 anos. Todos os estudos foram realizados com recurso ao ecógrafo Acuson S2000 equipado com software de quantificação de SWV. As medidas foram avaliadas em relação à idade, sexo, profundidade do ROI, lobo hepático estudado e via de abordagem (intercostal ou subcostal).

Resultados: O valor médio da SWV foi de 1,09 ± 0,18 m/s (0,57-1,50 m/s).Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entra cada uma das faixas etárias.O valor médio de SWV para o lobo direito foi de 1,06 ± 0,10 m/s e para o lobo esquerdo foi de 1,18 ± 0,15 m/s ($p < 0,05$). Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre abordagem superficial e profunda.

Conclusões: Concluímos que os valores médios de SWV foram na globalidade de 1.09 ± 0,18 m/s na população pediátrica saudável. A profundidade de colocação do ROI, assim como a escolha de lobo direito ou lobo esquerdo para o cálculo da SWV pode influenciar os resultados.Para melhor uniformização desta avaliação do parênquima hepático, propomos que os valores de SWV devam ser obtidos no lobo direito, evitando as avaliações demasiado superficiais ou demasiado profundas.

7. COMPARAÇÃO PROSPECTIVA ENTRE ARFI, APRI E AST/ALT NO DIAGNÓSTICO DE FIBROSE HEPÁTICA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA TRANSPLANTADA

J. Pinto, S. Nobre, M.A. Cipriano, M. Marques, J. Pereira, I. Gonçalves, M.J. Noruegas

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução e objetivo: A fibrose encontrada no fígado transplantado da população pediátrica pode ter várias causas e pode-se instalar logo após 1 ano do transplante. A biópsia continua a ser o goldstandard na avaliação da lesão hepática no período pós-transplante. No entanto, esta constitui um método invasivo. O objetivo do trabalho foi determinar a acuidade diagnóstica de biomarcadores não-invasivos nomeadamente, o ARFI (acoustic radiation force impulse), APRI (aspartate-to-platelet ratio index) e index AST/ALT (aspartato aminotransferase/ alanina aminotransferase) na detecção de fibrose numa população pediátrica submetida a transplante hepático.

Material e métodos: Através de biópsia hepática determinou-se prospectivamente o grau de fibrose em 30 crianças e adolescentes, já com transplante hepático num período ≥ 1 ano. Cada paciente foi submetido a avaliação com ARFI e a colheitas sanguíneas para determinação de função hepática e contagem plaquetária. Foram formados dois grupos de acordo com o grau histopatológico de fibrose: ausente/ligeiro (F0-1) vs fibrose significativa (F2-4).

Resultados: Os 30 pacientes apresentaram uma idade média de 11 anos (3-18anos) e um período médio pós-transplante de 6,5anos. Vinte e quatro (80%) apresentaram fibrose estadio F0-1 e 6 (20%) fibrose estadio F2-4. A àrea da análise das Curvas ROC dos marcadores ARFI, APRI e AST/ALT index para o diagnóstico de fibrose significativa (F ≥ 2) foi 0,76, 0,74 e 0,66, respetivamente. Através da análise de regressão logística multivariada, o único preditor independente de fibrose significativa foi o ARFI (OR = 10,7; CI 95%: 1,2-95,7; p = 0,05).

Conclusões: A avaliação por ARFI pode constituir um potencial biomarcador não-invasivo de fibrose significativa numa população pediátrica com transplante hepático.

8. DOENÇA HEPÁTICA EM CRIANÇAS COM FIBROSE QUISTICA: CONTRIBUTO DA AVALIAÇÃO ECOGRAFICA

M.V. Valente, S. Castanhinha, L. Pereira, A.I. Lopes, C. Barreto

Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria- CHLN, Centro Académico de Lisboa.

Objetivo: O envolvimento hepático em doentes com Fibrose Quistica (FQ) está a associado a um pior prognostico nesta população. Apesar de não existir um método "Gold Standard" para determinação do envolvimento hepatobiliar nos doentes com FQ, a ecografia abdominal em associação com a avaliação analítica, é uma estratégia de eleição para identificar a doença hepática em estádios precoces. Considerando que os estudos Portugueses em idade pediatria são escassos, o principal objetivo deste trabalho foi avaliar ecograficamente o envolvimento hepático em doentes pediátricos com FQ.

Material: Estudo transversal, em crianças com FQ, considerando a avaliação hepática mais recente (avaliação clínica, analítica e ecográfica).

Resultados: Foram recrutados 24 doentes (mediana: 10 anos [1-18]), 9 do sexo masculino. Todos os doentes tinham insuficiência pancreática e 23 apresentavam mutação F508del (17 homozigoticos). Dez doentes (42%) tinham uma avaliação normal (clinica, ecográfica e analítica) e treze apresentavam alterações ecográficas. Oito doentes apresentavam hepatomegalia e destes 4 tinham esplenomegalia. As alterações ecográficas incluiam: heterogeneidade do parenquima hepático (11/24), com nodularidade associada em 5/24, ecogenecidade homogénea (2/24), hepatomegalia (8/24) e esplenomegalia (4/24). Apenas 6 doentes, apresentavam AST/ALT e/ou alterações na G-GT.O tratamento com acido ursodesoxicolico foi instituído nos doentes com envolvimento hepático grave. Em 3 doentes submetidos a endoscopia digestiva alta, confirmou-se a presença de varizes esofágicas em 2 doentes sendo que estes estão actualmente em programa de laqueação de varizes.

Conclusões: Apesar da natureza retrospectiva dos dados, verificou-se um envolvimento hepático relativamente frequente nesta população. Desta forma consideramos a avaliação ecográfica uma ferramenta fundamental no diagnóstico de doença hepática em doentes com FQ.

9. DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: PANORAMA NUMA UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

S. Águeda, A. Dias, M. Tavares, E. Trindade, J.A. Dias

Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar São João.

Introdução e objetivo: A deficiência de alfa-1 antitripsina (a1AT), descrita há 50 anos, é causada por variações genéticas no seu gene codificador e traduz-se por doença hepática de gravidade variável na população infantil. Os alelos S e Z resultam em concentrações diminuídas de a1AT em circulação, e o fenótipo Z pode causar doença hepática por retenção da proteína mutante.

Materiais e métodos: Procedeu-se à revisão da evolução dos doentes pediátricos, seguidos pela Unidade de Gastroenterologia Pediátrica nos últimos 17 anos, com caraterização da apresentação

clínica, alterações analíticas, complicações, evolução e terapêuticas médica ou cirúrgica.

Resultados: Identificaram-se 20 doentes (12M, 8F), com tempo médio de seguimento de 9,2 anos. Na maioria dos casos a apresentação clínica ocorreu no período neonatal, com icterícia colestática (40%) e a mediana de idades no diagnóstico era 0,9 anos (0,1-2,0). Em 25% havia história familiar de doença hepática ou de deficiência de a1AT. O nível plasmático médio de a1AT no diagnóstico era 31,7 ± 4,7 mg/dL. Em 9 casos houve colestase prolongada. Três doentes tiveram evolução agressiva da doença hepática com cirrose e hipertensão portal e foram submetidos a transplante hepático (14%).

Conclusões: A doença hepática por deficiência de a1AT é geralmente benigna e estável, mesmo nos doentes com expressão clínica neonatal, embora alguns evoluam para cirrose que pode motivar transplante hepático. Por esse motivo, é importante uma vigilância clínica e analítica regular no sentido de identificar as formas de evolução mais agressiva, permitindo providenciar adequados cuidados para facilitar o crescimento, possibilitando as melhores condições para transplante hepático, se este vier a ser necessário.

10. RESULTADOS DO TRANSPLANTE HEPATICO PEDIATRICO DE DADOR VIVO EM PORTUGAL

M.F. Lopes, J. Maciel, F.L. Neves, I. Gonçalves, E. Furtado

Serviço de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Introdução: O transplante hepático de dador vivo (THDV) é uma terapêutica aceite no tratamento da doença hepática terminal na criança.

Objetivo: Apresentar a experiência em THDV do centro de referência em Portugal para a transplantação hepática pediátrica.

Métodos: Estudo retrospetivo das 24 crianças submetidas a THDV no centro de referência em Portugal, entre Abril de 2001 e Fevereiro de 2009, com período de estudo estendendo-se até Dezembro de 2012. Colhemos dados dos processos clínicos relativos a informação clínica e demográfica dos dadores e recetores, indicação para transplante hepático, cirurgias prévias, dados perioperatórios, complicações pós-transplante, mortalidade e tempo de seguimento. Utilizámos a média ± desvio padrão ou mediana e percentis 25-75 para as variáveis quantitativas. A análise estatística de sobrevida do doente e do enxerto incluiu o método de Kaplan-Meier.

Resultados: Entre 2001 e 2009 realizámos 24 THDV correspondentes a 24,5% do total de transplantes hepáticos pediátricos efetuados no mesmo período. A idade média das crianças transplantadas foi de 5 anos, das quais 25% estavam no primeiro ano de vida. Das doenças hepáticas primárias que motivaram o transplante hepático, a atrésia das vias biliares foi a causa mais frequente (38%). A frequência de complicações cirúrgicas foi de 71%, sendo que as complicações vasculares (44%) e as biliares (29%) foram as mais frequentes. A sobrevida após THDV foi de 92% no 1º ano e de 87,5% aos 5 e 10 anos. Ocorreram 3 óbitos e 2 retransplantes hepáticos. Das crianças vivas com o enxerto original (n = 20), 19 mantinham boa função global em Dezembro de 2012, sem previsão de retransplante.

Conclusões: Os resultados obtidos neste estudo foram coincidentes com outros publicados na literatura. No entanto, ocorreu uma maior incidência de trombose da veia porta e estenose da veia cava. Por outro lado, o retransplante foi inferior ao publicado na literatura.

Comunicações 3

13 Junho 2013, 14:30-16:30, Sala Lyra

1. CONTAGEM DE MASTÓCITOS EM BIÓPSIA ESOFÁGICA COMO NOVO MARCADOR DIAGNÓSTICO DE ESOFAGITE EOSINOFÍLICA

S. Águeda[1], A. Dias[1], P. Guedes[2], R. Silva[3], M. Tavares[1], E. Trindade[1], F. Carneiro[2,3], J.A. Dias[1]

[1]Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Centro Hospitalar São João. [2]Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 3Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar São João.

Introdução e objetivo: A esofagite eosinofílica (EE) caraterizase por achado de inflamação eosinofílica na mucosa esofágica, aliada a clínica sugestiva. Alguns estudos mostram a importância dos mastócitos na patogénese da EE, podendo ser úteis como marcador diagnóstico. O nosso objetivo foi determinar se a contagem de mastócitos é um marcador mais fiável do que os eosinófilos no diagnóstico desta doença.

Materiais e métodos: Estudo caso-controlo, comparando grupo de doentes com diagnóstico de EE por critérios clínicos e histológicos comgrupo controlo sem EE. Em ambos os grupos foi realizada coloração imunohistoquímica com triptase das biópsias esofágicas para contagem de mastócitos e foi ainda realizada a contagem de eosinófilos por campo de grande ampliação (CGA). Foi determinada a área abaixo da curva (AAC) na avaliação do uso do número de mastócitos isolados, bem como associados ao número de eosinófilos, no grupo com EE. Foram ainda avaliados parâmetros demográficos, clínicos, terapêuticos e de evolução da doença.

Resultados: O grupo com diagnóstico de EE (38, 76,3% sexo masculino, idade média no diagnóstico 13,2 ± 4,3 anos) apresentava número médio de eosinófilos e de mastócitos/CGA aumentado em relação aos controlos. A maioria apresentou como sintoma inicial impacto alimentar (52,6%) ou disfagia (26,3%). Em 39,5% existia algum tipo de patologia alérgica associada. Foi tentado tratamento com corticoide inalado em 65,8% e evicção alimentar em 26,3%. Na endoscopia, a alteração mais frequente foi a presença de sulcos lineares em 84,2%. A AAC determinada mostrou utilidade no uso dos eosinófilos como diagnóstico de EE, bem como na combinação do uso de eosinófilos e mastócitos.

Conclusões: Os doentes com EE têm um número de mastócitos superior comparado a doentes sem EE, parecendo esta contagem ter utilidade diagnóstica superior à contagem isolada de eosinófilos, podendo eventualmente complementá-la.

2. REFLUXO GASTROESOFÁGICO E ALTE: QUE RELAÇÃO?

C. Silva, J. Carvalho, I. Monteiro, J. Coelho, M. Tavares, E. Trindade, J. Amil Dias

Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de São João, Porto.

Introdução: O refluxo gastroesofágico (RGE) é comum em idade pediátrica, sendo frequentemente (31-55%) responsabilizado por episódios de ALTE ("apparent life-threatening event"). Contudo, avaliações sistemáticas não têm confirmado de forma inequívoca essa associação como frequente.

Objetivo: Avaliar a ocorrência de RGE nos lactentes internados por ALTE e submetidos a ph-metria esofágica. Conhecer as características do evento, a restante abordagem diagnóstica e a orientação/seguimento.

Material: Estudo retrospectivo dos processos clínicos de lactentes internados por ALTE e submetidos a ph-metria, no período de Julho de 2011 a Março de 2013. Análise estatística através do SPSS® v.21.

Resultados: Vinte e quatro lactentes (13 do sexo masculino, 11 do sexo feminino; 8 dias-3 meses; mediana 34,5 dias), dos quais 50% eram reconhecidos como "bolsadores" frequentes. O tempo médio de internamento foi de 7,2 dias (2-25 dias). A ph-metria foi normal em 87,5% dos casos. Nos restantes 12,5%, com RGE considerado patológico, em apenas um dos lactentes os pais assinalaram eventos clínicos que coincidiram com refluxo ácido na ph-metria. Dois lactentes foram submetidos a fundoplicatura laparoscópica, apesar de ph-metria normal, em virtude dos graves sintomas clínicos e evidência radiológica.

Conclusões: A avaliação deste grupo não confirma a alegada associação de RGE com episódios de ALTE em lactentes. Mesmo na presença de episódios de RGE os pais não reconhecem os sinais ou sintomas que justificaram o recurso ao hospital. A avaliação de crianças com ALTE requer cuidadosa definição dessa entidade, no sentido de poupar os lactentes a laboriosas investigações que geralmente são pouco informativas. De acordo com a experiência revista, os doentes investigados por ALTE não parecem apresentar maior prevalência de RGE do que a população geral. Dado que a associação causal entre RGE e ALTE raramente pode ser estabelecida com certeza, a história clínica cuidadosa e detalhada deve ser central na decisão da avaliação diagnóstica adequada.

3. A PILOT STUDY EVALUATING A NEW LOW-VOLUME CLEANSING PROCEDURE FOR CAPSULE ENTEROSCOPY

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

ManopH, Porto.

Background: Capsule endoscopy (CE) is effective in the detection of small bowel lesions. Based on the results of a recent meta-analysis, the use of bowel preparation alongside fasting is recommended for CE. There are few studies regarding the use of low volume PEG-based preparations in capsule enteroscopy. PEG-ascorbate is an example of such a preparation.

Aims: feasibility and efficacy of a new low-volume, PEG-ASC bowel preparation, for performing capsule enteroscopy.

Methods: studycomparing a group of patients prepared with Clear Liquids (CL) plus fasting (Group A) with a PEG-ASC group (Group B). CE performed using Given SB2. Primary end-point: visibility (Park score). Secondary end-points: differences in capsule transit time in different GI-tract segments.

Results: (quantitative numeric variables expressed in median and IQR):

Conclusions: A cleansing procedure using PEG-ASC for capsule enteroscopy yielded an adequate cleansing level superior to clear liquids and overnight fasting group. PEG-ASC also improved small-bowel mucosal visualization and reduced the degree of obscuration. The preparation didn´t interfere in capsule transite times. Preparation is recommended.

4. CRIANÇAS COM MÁ PROGRESSÃO PONDERAL DE CAUSA NÃO-ORGÂNICA: COMO EVOLUÍRAM?

A. Vasconcelos, P. Nunes, A. Cysneiros, P. Sande Lemos

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A má progressão ponderal (MPP) é motivo frequente de referenciação à consulta de gastrenterologia pediátrica. A maioria é submetida a vários exames para excluir causa orgânica. Seleccionamos umgrupo de crianças seguido por MPP de causa não-celíaca, com o objetivo de a caracterizar, descrever a investigação realizada e follow-up na adolescência.

Material: Entre 1999-2004, 32 crianças seguidas por MPP realizaram endoscopia digestiva alta (EDA) e biópsia. Excluídas 7 com doença celíaca, procedemos ao estudo retrospectivo dos processos clínicos das restantes MPP. Em 2012 as mesmas foram reavaliadas em consulta (11) ou por contacto telefónico (9). Foram 5 perdidas para follow-up.

Resultados: Avaliados 20 casos, com igual distribuição entre sexos; idade média de referenciação: 15 meses (mínimo 4-máximo 72). A MPP tinha em média 7 meses de evolução, com os seguintes percentis de peso: P < 3: 2, P3: 11, P10: 5, P25: 1, P50: 1 e de comprimento P3: 3, P5: 2, P10: 5, P25: 9, P50: 1. Oito foram submetidas a pesquisa de anticorpos doença celíaca, estudo do cariotipo 3, prova do suor 13, pHmetria 2. Das EDA realizadas: 9 normais, 10 com alterações minor (antrite ligeira: 6, esofagite grau I: 4 com 3 H. pylori +), 1 EDA patológica: atrofia vilositária duodenal. Tempo médio de seguimento: 25 meses. Idade na reavaliação em 2012: média 13 anos (mínimo: 9, máximo: 21). Percentil de peso: P5: 2, P10: 3, P25: 6, P50: 3, P75: 3, P90: 3. Percentil de altura: P5: 4, P10: 2, P25: 7, P75:1, P90: 3, P95: 3. Sintomatologia: 2 apresentavam epigastralgias, 18 sem queixas gastrointestinais.

Conclusões: Este estudo demonstrou que a maioria das crianças seguidas por MPP de causa não-orgânica, recuperou com o tempo o seu percentil e potencial de crescimento. A extensa investigação a que são submetidas durante a infância deve ser ponderada.

5. DISQUERATOSE CONGÉNITA: UM PARADIGMA DA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EMGASTRENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

P. Ravasco, S. Azevedo, A.I. Lopes

Laboratório de Nutrição e Unidade de Nutrição e Metabolismo, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Departamento de Pediatria, Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Hospital Universitário de Santa Maria. CHLN e Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Introdução: Disqueratose Congénita é uma doença hereditária rara, caracterizada pela tríade de pigmentação reticulada da pele, distrofia ungueal e leucoqueratose em mucosas. Clinicamente traduz-se por alterações multissistémicas e raramente gastrintestinais graves, i.e. envolvimento transmural do tracto GI superior(boca, esófago) com fibrose/estenose. A falência medular é a principal

	Group A	Group B	
N	56	57	
Visibility score	2,6 (2,2-2,77)	2,7 (2,5-2,9)	P = 0,004 (MW test)
Cleansing score (CLS)	2,35 (1,91-2,55)	2,45 (2,35-2,75)	P = 0,003 (MW Test)
Cases with CLS?2,25	N = 36 (64%)	N = 46 (81%)	P = 0,08 (?2 Yates) ns
Incomplete enteroscopies	N = 6 (10,7%)	N = 3 (5,3)	P = 0,2 (Fisher T) ns
Gastric trans time (min)	16,8 (10,9-39,8)	27,03 (16,8-59,4)	P = 0,06 (MW Test) ns
Oro-cecal T Time (min)	307 (248-359) n = 50	283 (222-357) n = 54	P = 0,55 (MW Test) ns
SB T Time (min)	262 (208-310) n = 50	237 (185-306) n = 54	P = 0,27 (MW Test) ns

causa de morte precoce. Afecta principalmente o sexo masculino e reconhecem-se formas recessivas ligadas ao X, autossómicas dominantes e recessivas. Apresenta-se um caso referenciado à Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, HSM para avaliação do suporte nutricional ilustrando particularidades desta entidade.

Caso clínico: Sexo masculino, caucasiana, 13 anos com diagnóstico estabelecido aos 7 anos, por mielograma que mostrou hipoplasia medular grave com pancitopenia. Em função destes resultados, foi realizado estudo genético que comprovou diagnóstico de Disqueratose Congénita com mutação homozigótica c.1066T»C (p.S356P) no exão 11 do gene DKC1, cariótipo 46XY. Simultaneamente, estudo genético do irmão com 15 anos sustentou o mesmo diagnóstico. Por sintomatologia gastrintestinal foi realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou estenose aos 15cm com cerca de 3-4mm, não permitindo a passagem do aparelho.

Discussão: A evolução clínica caracterizou-se por hemorragia lingual recorrente, engasgamento, refluxo nasal, anorexia intensa, disfagia, odinofagia, diarreia, compromisso alimentar e desnutrição grave(peso < P5). O doente ingeria 1220 kcal+12 gramas proteína/dia *per os*; fez-se prescrição para o P25 peso com fórmula semi-elementar+alimentos ricos em amidos rapidamente digeríveis+proteína alto valor biológico (3000 kcal+42 gramas proteína/dia), que não teve sucesso. Fez-se revisão da literatura sobre qual a melhor via de nutrição. Atendendo aos riscos da dilatação esofágica (envolvimento estrutural da parede e pancitopenia), considerou-se em reunião multidisciplinar (Cirurgia, Gastrenterologia,Hematologia) a gastrostomia cirúrgica por via laparoscópica, decisão esta corroborada por 2 centros internacionais de referência(*) face à raridade do quadro e escassez de estudos clínicos. Pela gastrostomia passou a ingerir 2250 kcal+12 gramas proteína/dia. Verificou-se recuperação de 4 kg/2 meses e mantêm o estado nutricional. Este caso enfatiza a urgência da colocação precoce de gastrostomia para nutrição entérica, com papel *major* na recuperação ponderal, particularmente relevante atendendo às contra-indicações hematológicas e possível TMO. O grande desafio residiu na necessidade imperiosa da recuperação ponderal, mas sobretudo na melhoria da capacidade funcional e Qualidade de Vida, inquinada *a priori* por um diagnóstico com prognóstico desfavorável.

(*) Colaboração do Prof. André Van Gossum do *Service de Gastroénterologie de l'Hôpital Erasme*, Bruxelas, Bélgica e do Prof. Olivier Goulet do *Center Hôpital Necker-Enfants Malades*, Universidade de Paris, França. Agradecimentos: Dra. Maria João Palaré (Serviço de Hematologia, Departamento de Pediatria, HSM-CHLN); Dra. Miroslava Gonçalves (Serviço de Cirurgia, Departamento de Pediatria, HSM-CHLN).

6. ESTEATOSE HEPÁTICA EM PEDIATRIA ASSOCIADA A DÉFICE DE HORMONA DE CRESCIMENTO: UMA CAUSA A CONSIDERAR?

J. Martins, M. Carneiro de Moura, M.L. Torres, A.C. Monteiro, P. Sande Lemos

Departamento de Pediatria Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A presença de esteatose hepática em crianças, na ausência dos factores de risco mais frequentemente associados (obesidade, aumento do perímetro abdominal/gordura visceral, intolerância à glicose com resistência periférica à insulina e hiperinsulinismo) representa um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Criança de 4 anos de idade seguida na consulta de gastroenterologia pediátrica por má progressão estaturo-ponderal associada a achado imagiológico de esteatose hepática. A investigação realizada detectou elevação das transaminases (cerca de 2x valor superior do normal), sem dislipidémia, hiperinsulinismo ou intolerância à glicose associadas. Foram excluídas: doença celíaca e outras causas de má absorção intestinal, hepatite de etiologia viral e auto-imune, doença de Wilson, défice de alfa1 anti-tripsina, galactosémia e hemocromatose. Quanto à investigação de fraca progressão estaturo-ponderal foi excluído hipotiroidismo e detectou-se diminuição do Insulin-like Growth Factor 1 (IGF1) < 25 ng/mL, sem alteração no Insulin-like Growth Factor binding protein 3 (IGFBP3). O doseamento seriado da Hormona de Crescimento (HC) na prova de estimulação (máximo aos 120 min: 2,03 µg/L), permitiu estabelecer o diagnóstico de Défice de Hormona de Crescimento (DHC). Realizou RMN-CE que não apresentava alterações. Cerca de 15 meses após início da terapêutica de substituição com HC mensal, verificou-se uma normalização progressiva das transaminases, sem regressão da esteatose hepática.

Comentário: É conhecida a associação de défice de HC com início na idade adulta com síndrome metabólico e consequente esteatose hepática (NAFLD) e esteatohepatite (NASH). Apesar da instalação insidiosa e tardia da esteatose hepática no défice de HC (frequentemente já na idade adulta), existem casos descritos em crianças. Consideramos, por isso, importante alertar pediatras, endocrinologistas e gastroenterologistas para esta associação.

7. DOENÇA CELÍACA "À FLOR DA PELE"

M. Jerónimo, C. Maia, S. Almeida, R. Ferreira

Unidade de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

A doença celíaca (DC) é uma doença auto-imune causada por uma sensibilidade total e permanente ao glúten, em indivíduos geneticamente susceptíveis. Habitualmente a clínica digestiva predomina, mas alguns doentes apresentam-se exclusivamente com manifestações extra-intestinais. A dermatite herpetiforme (DH) constitui a sua principal manifestação cutânea, sendo o seu diagnóstico raro no adulto e excepcional antes da adolescência. Apresenta-se o caso de um rapaz de 8 anos, com rastreio de doença celíaca negativo aos 18 meses, por má progressão ponderal com boa evolução posterior. Aos 6 anos surgiu com exantema papulovesicular, pruriginoso, com localização peri-oral e atingimento simétrico das superfícies extensoras dos membros superiores e inferiores. Foi medicado com corticóides tópicos por suspeita de dermatite atópica, sem melhoria. Cerca de dois anos depois foi observado por dermatologista, que evocou o diagnóstico de DH, confirmado por biópsia cutânea. Negava queixas gastrointestinais e apresentava um bom crescimento estatoponderal. A pesquisa de anticorpos IgA anti-transglutaminase tecidular (anti TGT) séricos foi positiva. A biópsia duodenal confirmou o envolvimento intestinal da DC (grau IIIB da classificação de Marsh). Foi instituída uma dieta semglúten, com melhoria das lesões cutâneas e normalização dos anticorpos IgA anti-TGT após 6 meses de dieta semglúten. A DH constitui uma manifestação extra-intestinal muito específica de DC. A sua presença deve evocar de imediato o diagnóstico de DC, permitindo instituir atempadamente o tratamento.

8. SÍNDROME DE BEAN E DIFERENTES FORMULAÇÕES DE FERRO INJETÁVEL: VANTAGEM CLÍNICA E ECONÓMICA?

M.I. Monteiro, C. Silva, J. Coelho, J. Carvalho, E. Trindade, M. Tavares, J. Amil Dias

Centro Hospitalar S. João.

Introdução: A anemia crónica por espoliação digestiva persistente implica tratamento prolongado com ferro e frequente utilização de via parentérica. Descrevemos um caso clínico em que a utili-

zação de uma formulação alternativa de ferro parentérico modificou a qualidade de vida do doente.

Caso Clínico: Adolescente com perda sanguínea crónica digestiva por Síndrome de Bean que foi repetidamente submetido a sessões de tratamento com hidróxido de ferro-sacarose. Para elevação de umgrama/L de hemoglobina foram necessárias em média oito sessões (duas sessões/ semana em quatro semanas) de 80 mg desta formulação de ferro-4,4 mg/K g/sessão, quase sempre associadas a necessidade de transfusão de glóbulos rubros, por apresentar valores de hemoglobina inferiores a 7 g/L. Por ano foram necessários em média três ciclos de pelo menos seis sessões. Nos últimos tratamentos começou a ter reação local 24 horas após o tratamento, por provável flebite. Tentou-se uma formulação alternativa de ferro, carboximaltose férrica e foi possível ministrar umgrama em duas sessões (7,5 mg/Kg/sessão). Subjetivamente houve considerável melhoria da capacidade física, com uma elevação de 5 gramas/L de hemoglobina, sem necessidade adicional de transfusão, mantendo-se assintomático no intervalo de 3 meses, com hemoglobina atual de 9 g/L.

Motivação e justificação: Apesar da considerável diferença no preço das formulações (12 euros por ampola de hidróxido de ferro - sacarose versus 30 euros por ampola de carboximaltose férrica) em doentes selecionados que necessitem de tratamento repetido com ferro, a utilização de formas que simplifiquem o esquema terapêutico e que revelem efeito clínico mais rápido poderão ser considerados com economia global e importante melhoria da qualidade de vida dos doentes.

9. E QUANDO HÁ OSSO NOS POLIPOS DO COLON?

L. Paulos, H. Loreto, A. Palha, J. Lopes, A.I. Lopes

Unidade de Gastrenterologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Introdução*:* A formação óssea heterotópica, ou metaplasia óssea, é uma entidade muito raramente descrita no trato gastrointestinal. A maioria dos raros casos descritos, são reportados no adulto em polipos do cólon, sobretudo malignos. Tanto quanto é do nosso conhecimento, é uma entidade excecional em idade pediátrica.

Caso clínico: Criança, sexo masculino, 3 anos de idade, previamente saudável, apresentando quadro de retorragias persistentes (4 semanas); sem outros sintomas acompanhantes. Exame objetivo sem particularidades de relevo, nomeadamente, na observação perianal.A avaliação analítica apresentava-se dentro dos valores da normalidade, nomeadamente, sem anemia ou alterações da coagulação. Foi excluído divertículo de Meckel mediante a realização de estudo cintigráfico com Tc99m. No exame colonoscópico total documentou-se ao nível da ampola retal a presença de polipo pediculado de base larga não sangrante com cerca de 5mm de diâmetro. Efetuada polipectomia com ansa diatérmica, procedimento que decorreu sem complicações. Não foram visualizadas outras alterações da mucosa do cólon à exceção de friabilidade ao toque. O exame da mucosa rectal não evidenciou alterações significativas. O exame histológico revelou a existência de um polipo inflamatório, ulcerado, em relação com o qual se reconheceu pequeno fragmento de tecido ósseo, levando a considerar como hipóteses de diagnóstico um polipo inflamatório com metaplasia óssea vs polipo reativo a corpo estranho. Reavaliado em consulta 2 meses após o procedimento, mantendo-se clinicamente estável, sem queixas e com exame objetivo dentro da normalidade.

Discussão: A etiopatogenia desta entidade é ainda desconhecida, admitindo-se como resultado de um processo inflamatório persistente. O presente caso tem características semelhantes à dos casos previamente reportados (polipo rectal de pequenas dimensões) à exceção da natureza benigna do polipo. A hipótese do constituinte ósseo encontrado corresponder a um corpo estranho no cólon com formação de um polipo reativo poderá ser considerada. Foi reportado um caso pediátrico extremamente raro de um polipo rectal com formação óssea heterotópica em que um processo inflamatório persistente pode ter tido alguma contribuição etiopatogénica na metaplasia óssea.

10. HIPERFOSFATASEMIA TRANSITÓRIA BENIGNA DA INFÂNCIA E INFECÇÃO A CAMPYLOBACTER - A PROPÓSITO DE UM CASO

C. Aguiar[1], J. Oliveira[1], J. Correia[2], C. Casanova[3], M.J. Dinis[3]

[1]Centro Hospitalar de S.João; [2]Centro Hospitalar do Porto; [3]Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

Introdução: A Hiperfosfatasemia Transitória Benigna da Infância (HTBI) caracteriza-se por uma elevação marcada da fosfatase alcalina (FA) sérica, na ausência de doença hepática ou óssea detetáveis. A maioria das crianças são saudáveis, no entanto, a HTBI pode ocorrer associada a uma variedade de entidades clínicas, incluindo gastroenterite, infecção respiratória, atraso do crescimento e asma.

Caso clínico: Criança de 2 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, que recorreu ao serviço de urgência por febre, vómitos e dejecções diarreicas. Dois meses antes havia iniciado episódios recorrentes com os mesmos sintomas, associados a dor abdominal generalizada. Ao exame objetivo não apresentava alterações. Do estudo realizado destaca-se uma FA sérica de 2474U/L, com isoenzimas hepáticas aumentadas (hepática 1 45,5% e hepática 2 48,3%). A restante função hepática encontrava-se dentro dos valores de referência e a ecografia abdominal era normal. A coprocultura foi positiva para *Campylobacter Jejuni*. Constatou-se resolução da sintomatologia após tratamento com macrólido e normalização dos valores de FA em 6 meses.

Conclusões: Excepto o facto de apresentar aumento da fracção hepática da FA, e não das fracções hepática e óssea, o caso acima descrito apresenta todas as características da HTBI (idade < 5 anos, ausência de evidência de doença hepática, óssea ou renal, elevação da FA cerca de 2-50 vezes o normal em criança aparentemente saudável, normalização dos níveis de FA em 4-6 meses). Sugere-se que a infecção a C*ampylobacter Jejuni*, tenha sido o factor desencadeante para a ocorrência da HTBI. Os autores pretendem realçar a necessidade de reconhecer esta entidade como diagnóstico diferencial de uma hiperfosfatasemia, visto que dada a sua natureza benigna poder-se-ão evitar exames e procedimentos invasivos e de custo elevado.

11. SE PRETENDE VOMITAR, POR FAVOR, NÃO ESCOVE O ESÓFAGO

J. Cabral

Unidade de Gastrenterologia Infantil, CHLC.

A ingestão de corpos estranhos é uma situação frequente em pediatria, mas a ingestão de uma escova de dentes é uma situação rara.

Caso clínico: adolescente de 17 anos de idade, sexo masculino, transferido de um Hospital Distrital por ingestão acidental de uma escova de dentes quando provocava o vómito por se sentir nauseado. Nos antecedentes pessoais salientava-se obesidade detectada aos 11 anos de idade (peso 87 Kg) seguida em consulta de nutrição com perda ponderal de 10 Kg em 2 anos, com posterior perturbação do comportamento alimentar, passando períodos em que quase não se alimentava com oscilações de peso entre os 62 e os 65 Kg. À observação apresentava-se emagrecido comginecomastia. Peso 60 Kg Altura 1,80 m IMC 18,5. A radiografia simples de abdómen mos-

trava uma escova de dentes na área do estômago. Foi submetido a endoscopia digestiva alta sob anestesia geral, tendo-se procedido à remoção endoscópica da escova.

Discussão: O primeiro caso de remoção endoscópica de uma escova de dente foi relatado em 1983, havendo descrição de complicações da sua não remoção do estômago. A orientação da escova no estômago pode influenciar o seu tratamento sendo mais fácil a remoção agarrando a cabeça que o cabo, sendo a sua rotação impossível dentro da cavidade gástrica.

12. DOENÇA DE CROHN E ENVOLVIMENTO GASTRODUODENAL

M. Pinto, R. Lima, F. Pereira

Centro Hospitalar do Porto.

A doença de Crohn (DC) é uma inflamação crónica do tubo digestivo que pode envolvê-lo desde a boca até ao ânus. Manifestações gastroduodenais, apesar de raras (0,5-13%), devem ser sempre consideradas nestes doentes. Adolescente, sexo masculino, observado aos 16 anos na consulta de gastrenterologia pediátrica por suspeita de DC. Apresentava quadro clínico com 2 anos de evolução, caracterizado por dejeções diarreicas diurnas e por vezes noturnas, associadas a dores abdominais ocasionais. O estudo efetuado confirmou o diagnóstico de DC com envolvimento ileocólico. Antecedentes pessoais/patológicos irrelevantes. Pai e tia paterna com DC. Iniciou tratamento com prednisolona e azatioprina com melhoria clínica e analítica. Um ano após o diagnóstico de DC apresentou queixas dispépticas (epigastralgias, pirose e vómitos esporádicos), motivo pelo qual iniciou terapêutica com inibidor da bomba de protões (IBP) com melhoria clínica transitória. Nesse contexto efetuou endoscopia digestiva alta (EDA) compatível com esofagite péptica, gastrite e estenose pilórica inflamatória com pesquisa de *Helicobacter pylori(Hp)* positiva. Começou tratamento com infliximab com melhoria transitória dos sintomas. Ao final de 2 anos de seguimento verificou-se agravamento dos sintomas obstrutivos gastroduodenais com vómitos, redução do apetite e perda ponderal. O exame endoscópico era compatível com o quadro clínico prévio de estenose pilórica. Efetuou dilatação com balão TTs 9 mm e fez dieta polimérica com boa resposta clínica. Realizou EDA de controlo que mostrou melhoria da estenose pilórica. Fez tratamento de erradicação do *Hp* com sucesso e manteve tratamento com azatioprina, infliximab e corticoterapia em redução com resposta clínica favorável. O envolvimento gastroduodenal, nomeadamente a estenose pilórica, pode surgir no decurso da DC. Outras causas poderão estar na sua origem, nomeadamente gastrite provocada pela infeção por *Hp*. Os autores descrevem este caso face à raridade do envolvimento gastroduodenal sintomático pela DC associado à infeção por *Hp* e questionam a importância da sua erradicação nestes doentes.