

**XXVI**  
REUNIÃO ANUAL

**NÚCLEO  
DE  
GASTROENTEROLOGIA  
DOS  
HOSPITAIS  
DISTRITAIS**

**Gastroenterologia – Estados da Arte**

**Programa - Comunicações Científicas**

**NGHD**  
[www.nghd.pt/nghd/](http://www.nghd.pt/nghd/)

**ULSAM**  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE  
[www.cham.min-saude.pt](http://www.cham.min-saude.pt)

**11**  
**12** NOVEMBRO '11



CABELEIREIRO DE HOMENS

60%

Millennium  
Top

M

M

Caros Colegas,

Viana do Castelo acolhe a XXVI Reunião Anual do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais nos dias 11 e 12 de Novembro de 2011. É com grande honra e prazer que o fazemos, tanto mais tratando-se de um evento educacional de grande relevância na Gastreenterologia Nacional com popularidade crescente no nosso País.

Este prestigioso encontro será seguramente uma oportunidade única para obter a mais recente informação científica bem como obter uma excelente formação educacional nas várias áreas da gastreenterologia.

A nossa reunião pretende contribuir de forma inequívoca para uma melhor compreensão das doenças digestivas, partilhar conhecimento e afinar a futura prática gastreenterológica.

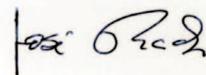
Este ano procurámos encorajar uma ampla colaboração nacional não só na área científica, mas também na partilha de amizades. Desta forma pensamos poder estimular todos os gastreenterologistas a melhor assistirem os doentes com doença digestiva e trazerem esperança e conforto para eles.

O nosso programa está estruturado em palestras científicas e comunicações orais de trabalhos científicos. Serão premiados os trabalhos que os respectivos júris considerarem de inequívoca originalidade.

Paralelamente, ocorrerão actividades satélites de índole cultural não directamente relacionadas com a Arte Médica. Achámos ser uma forma interessante e enriquecedora de valorizarmos ainda mais esta reunião honrando assim o título que pretendemos dar a este evento no seu sentido mais amplo - Estados da Arte.

Espero assim que Viana do Castelo 2011 constitua para todos vós uma verdadeira cidade de paixão e sejam desde já em meu nome e desta organização bem-vindos.

Viana do Castelo, Novembro de 2011



Presidente da Comissão Organizadora

# ORGANIZAÇÃO

## Comissão Organizadora

Presidente: José Ramada  
João Carrasquinho  
Luís Lopes

## Comissão de Honra

Presidente da Câmara Municipal de Viana do Castelo  
Presidente do Turismo do Porto e Norte de Portugal  
Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Santa Luzia  
Francisco Sampaio  
José Maria Barroso  
Alberto Rego  
Salete Gonçalves

## Comissão Científica

Fernanda Maços  
Isabel Medeiros  
António Castanheira

## Secretariado



Rua 31 de Janeiro nº3  
2775-295 Parede  
Tel: 21 457 09 78  
Fax: 21 457 09 19  
e-mail: geral@status2000.com  
Site: www.status2000.com

Casteleiro Alves, Covilhã  
Henrique Morna, Funchal  
Pedro Moutinho Ribeiro, Guimarães  
Venâncio Mendes, Vila Real  
Carla Marinho, Guimarães  
Fátima Augusto, Setúbal  
Lurdes Gonçalves, Évora  
Isabel Pedroto, Porto  
José Estevens, Faro  
Cristina Fonseca, Almada  
Isabel Cotrim, Leiria  
Rui Tato Marinho, Lisboa  
Filipe Calinas, Lisboa  
Horácio Guerreiro, Faro  
Ricardo Lopes, Santiago do Cacém  
António Queirós, Vila Franca de Xira  
António Curado, Caldas da Rainha  
João Baranda, Leiria  
Fernanda Maçoas, Guarda  
José Soares, Matosinhos  
Miguel Mascarenhas Saraiva, Porto  
José Ramada, Viana do Castelo  
Nuno Nunes, Ponta Delgada  
Luis Contente, Portimão  
Paulo Caldeira, Faro  
José Cotter, Guimarães  
Raquel Gonçalves, Braga  
Rute Cerqueira, Santa Maria da Feira  
Fernando Magro, Porto

Luis Correia, Lisboa  
Luis Novais, Lisboa  
José Pedrosa, Penafiel  
Margarida Sampaio, Portimão  
João Freitas, Almada  
Paula Ministro, Viseu  
Américo Silva, Viseu  
João Mangualde, Setúbal  
Rui Sousa, Castelo Branco  
Luis Lopes, Viana do Castelo  
João Carrasquinho, Viana do Castelo  
Teresa Silva, Cascais  
Luis Lobo, Matosinhos

# SPONSORS

## Major Sponsors:



A. MENARINI PORTUGAL



## Standard Sponsors:





**XXVI**  
REUNIÃO ANUAL

**PROGRAMA CIENTÍFICO**

- 8h00** **Abertura do Secretariado**
- 9h00** **Comunicações Livres**  
Presidente: Casteleiro Alves  
Moderadores: Henrique Morna, Pedro Moutinho Ribeiro
- 9h00 - 9h10** Comunicação Livre I
- 9h10 - 9h20** Comunicação Livre II
- 9h20 - 9h30** Comunicação Livre III
- 9h30 - 9h40** Comunicação Livre IV
- 9h40 - 9h50** Comunicação Livre V
- 9h50 - 10h00** Comunicação Livre VI
- 10h00** **Sessão de Abertura**
- 10h30** **Conferência Pedro Homem de Mello - O Poeta, o Folclorista**  
Presidente: José Ramada  
Palestrante: Dr. Francisco Sampaio
- 11h00** **Coffee-Break**
- 11h30** **Tratar Hepatite B em 2011**  
Presidente: Venâncio Mendes  
Moderadores: Carla Marinho, Fátima Augusto
- 11h30** Peginterferão: Ainda uma Opção? - Lurdes Gonçalves
- 11h55** Antivíricos: Estado da Arte - Isabel Pedroto
- 12h20** Discussão
- 12h30** **Novas Terapeúticas da Hepatite Crónica C: Novos Desafios**  
Presidente: José Estevens  
Moderadores: Cristina Fonseca, Isabel Cotrim
- 12h30** Boceprevir. Doentes Naif. Não Respondedores - Rui Tato Marinho
- 12h55** Telaprevir Doentes Naif. Não Respondedores - Filipe Calinas
- 13h20** Discussão
- 13h30** **Almoço**

**11**  
**NOVEMBRO '11**  
**6ª FEIRA**

**15h00 Comunicações Livres**

Presidente: Horácio Guerreiro

Moderadores: Ricardo Lopes, António Queirós

**15h00 - 15h10** Comunicação Livre VII

**15h10 - 15h20** Comunicação Livre VIII

**15h20 - 15h30** Comunicação Livre IX

**15h30 - 15h40** Comunicação Livre X

**15h40 - 15h50** Comunicação Livre XI

**15h50 - 16h00** Comunicação Livre XII

**16h00 - 16h10** Comunicação Livre XIII

**16h10 - 16h20** Comunicação Livre XIV

**16h20 - 16h30** Comunicação Livre XV

**16h30 *Coffee-Break***

**17h00 Tratamento Endoscópico da Doença de Refluxo: Insucesso Assumido?**

Presidente: António Curado

Moderadores: João Baranda, Fernanda Maçoas

**17h00** Sutura Endoscópica. ENTERYX – José Soares

**17h20** STRETTA – Miguel Mascarenhas Saraiva

**17h40** ESOPHYX – José Ramada

**18h00** Discussão

**18h15 Assembleia Geral do NGHD**

**20h30 Jantar do Congresso**

- 8h30 Comunicações - Casos Clínicos**  
Presidente: Nuno Nunes  
Moderadores: Luís Contente, Paulo Caldeira
- 8h30 - 8h37** Caso Clínico I  
**8h37 - 8h44** Caso Clínico II  
**8h44 - 8h51** Caso Clínico II  
**8h51 - 8h58** Caso Clínico IV  
**8h58 - 9h05** Caso Clínico V  
**9h05 - 9h12** Caso Clínico VI  
**9h12 - 9h19** Caso Clínico VII  
**9h19 - 9h26** Caso Clínico VIII  
**9h26 - 9h33** Caso Clínico IX  
**9h33 - 9h40** Caso Clínico X  
**9h40 - 9h47** Caso Clínico XI  
**9h47 - 9h54** Caso Clínico XII  
**9h54 - 10h00** Caso Clínico XIII
- 10h00 Doença Inflamatória Intestinal Revisitada.**  
**Inverter a pirâmide terapêutica?**  
Presidente: José Cotter  
Moderadores: Raquel Gonçalves, Rute Cerqueira
- 10h00** Na doença de Crohn – Fernando Magro  
**10h25** Na Colite Ulcerosa – Luís Correia  
**10h50** Discussão
- 11h00 Coffee-Break**
- 11h30 Rastreio e follow-up em Gastreenterologia**  
Presidente: José Pedrosa  
Moderadores: Margarida Sampaio, João Freitas
- 11h30** Esófago de Barrett – Luís Novais  
**11h55** Infecção por H.Pylori.  
Tendências actuais no rastreio, diagnóstico e tratamento - Rute Cerqueira
- 12h25** Follow-up na Doença Inflamatória Intestinal - Paula Ministro  
**12h55** Discussão  
**13h15** Almoço

- 15h00 Endoscopia na Patologia Bílio-Pancreática**  
 Presidente: José Soares  
 Moderadores: Américo Silva, João Mangualde
- 15h00** Litíase difícil da VBP – Nuno Nunes
- 15h25** Pancreatite Crónica – Rui Sousa
- 15h50** Lesões Císticas do Pâncreas – Luís Lopes
- 16h15** Discussão
- 16h30** *Coffee-Break*
- 17h00 Comunicações - Instantâneos Endoscópicos**  
 Presidente: João Carrasquinho  
 Moderadores: Teresa Silva, Luís Lobo
- 17h00 - 17h05** Instantâneo Endoscópico I
- 17h05 - 17h10** Instantâneo Endoscópico II
- 17h10 - 17h15** Instantâneo Endoscópico III
- 17h15 - 17h20** Instantâneo Endoscópico IV
- 17h20 - 17h25** Instantâneo Endoscópico V
- 17h25 - 17h30** Instantâneo Endoscópico VI
- 17h30 - 17h35** Instantâneo Endoscópico VII
- 17h35 - 17h40** Instantâneo Endoscópico VIII
- 17h40 - 17h45** Instantâneo Endoscópico IX
- 17h45 - 17h50** Instantâneo Endoscópico X
- 17h50 - 17h55** Instantâneo Endoscópico XI
- 17h55 - 18h00** Instantâneo Endoscópico XII
- 18h00 - 18h05** Instantâneo Endoscópico XIII
- 18h05 - 18h10** Instantâneo Endoscópico XIV
- 18h10 - 18h15** Instantâneo Endoscópico XV
- 18h15 - 18h20** Instantâneo Endoscópico XVI
- 18h20 - 18h25** Instantâneo Endoscópico XVII
- 18h25 - 18h30** Instantâneo Endoscópico XVIII
- 18h30 Final das Sessões**
- 18h45 Encerramento e Entrega de Prémios**  
 Prémio Instantâneo Endoscópico  
 Prémio Caso Clínico  
 Prémio Comunicação Científica



XXVI

REUNIÃO ANUAL

COMUNICAÇÕES LIVRES



## EFICÁCIA E SEGURANÇA DA COLONOSCOPIA SOB SEDAÇÃO POR GASTROENTEROLOGISTA

### Autor

Cardoso C, Trabulo D, Mangualde J, Freire R, Oliveira AP

### Resumo

**Introdução:** A crescente pressão para a realização de colonoscopia sob sedação tem levado ao aumento do número de exames sob sedação por gastroenterologista (GE), ficando a sedação por anestesista reservada para doentes com intolerância e/ou contra-indicações à primeira.

**Objectivo:** Avaliar a segurança e eficácia da colonoscopia sob sedação por GE. **Materiais e Métodos:** Análise prospectiva de doentes submetidos a colonoscopia sob sedação por GE. Efectuou-se avaliação prévia do risco anestésico (classificação de ASA e score de Mallampati), dos hábitos tabágicos, alcoólicos e medicamentosos e de eventual intolerância e/ou reacção adversa a sedação anterior, excluindo-se aqueles com risco anestésico elevado. Durante a colonoscopia registaram-se o segmento atingido, os fármacos administrados e respectivas doses, as complicações e os tempos de sedação e de recobro.

**Resultados:** Foram incluídos 84 doentes (69,4% do sexo feminino, idade média de  $56 \pm 12,4$  anos), a maioria dos quais (58,8%) apresentava uma classificação ASA II. A sedação realizou-se com midazolam (dose média de 4,5 mg), associado a analgesia com metamizol magnésico, em 72,6% dos exames. O tempo médio de sedação e de recobro foi de 24 e 32 minutos, respectivamente. A colonoscopia foi total em 97,6% dos doentes. Ocorreram complicações em 3,6% dos exames: hipotensão (2 casos) e bradicardia (1 caso), que reverteram rapidamente com as medidas adoptadas.

**Conclusão:** A colonoscopia sob sedação por GE revelou ser um procedimento eficaz e seguro e poderá constituir uma alternativa válida à sedação por anestesista em doentes seleccionados.

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal

## REMISSÃO COMPLETA NA COLITE ULCEROSA: SERÁ A ENDOSCOPIA SUFICIENTE?

### Autor

Nunes A, Vieira A, Ilgenfritz R, Borralho P, Freitas J

### Resumo

**Objectivos:** Avaliar achados histológicos na colite ulcerosa quiescente com mucosa cicatrizada, para 1) definir padrões de cicatrização histológica 2) relacionar os padrões com dados clínicos.

**Métodos:** Estudaram-se biópsias rectais de colite ulcerosa inactiva. Registaram-se variáveis clínicas (sexo, idade, duração da doença, extensão, terapêutica). As biópsias foram avaliadas por dois anatomopatologistas independentes, atribuindo-se pontuação histológica aos parâmetros de cronicidade (distorção arquitectural, metaplasia de Paneth, inflamação crónica) e inflamação activa (depleção de muco, inflamação aguda, erosões). Controlos: biópsias de indivíduos com mucosa normal e sem doença colorectal.

**Análise Estatística:** testes de Mann-Whitney e Spearman para dados não paramétricos. Resultados 29 doentes, 26 medicados com 5-ASA, 7 com imunossuppressores (IS), 4 com infliximab (IFX) e 12 com corticóides (CS). Perfil histológico: diferenças significativas entre os controlos e os doentes ( $p=0,000$ ).

**Doentes:** 2 grupos segundo os índices de cronicidade e actividade: 4 doentes indistinguíveis do grupo controlo e 25 doentes significativamente diferentes ( $\text{índice} > 2$ ). A duração ( $R=0.714$ ,  $p=0,000$ ), extensão da doença ( $R=0.609$ ,  $p=0,000$ ) e presença de anemia ( $R=0.418$ ,  $p=0,000$ ) correlacionaram-se com índice histológico (IH). Comparando o IH dos doentes que fizeram IS e/ou IFX e/ou CS com os tratados só com 5-ASA encontram-se diferenças significativas ( $p=0,004$ ). Os doentes tratados só com 5-ASA têm maior IH ( $R=0,635$ ,  $p=0,000$ ) com diferença significativa quando comparados com os que fizeram terapêutica mais agressiva ( $p=0,000$ ).

**Conclusão:** Em doentes considerados cicatrizados, a mucosa pode ser histologicamente anormal, com sinais de cronicidade mas também actividade inflamatória. Os doentes com maiores índices histológicos são os que fizeram terapêutica apenas com 5-ASA.

Serviço de Gastreenterologia, Serviço de Anatomia Patológica  
Hospital Garcia de Orta, Almada

### ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA EM URGÊNCIA: A QUEM, PORQUE, QUANDO E COMO AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DE 1 ANO

#### Autor

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

#### Resumo

**Objectivos:** Análise descritiva da endoscopia digestiva baixa (EDB) em contexto de urgência. **Material e métodos:** Análise retrospectiva das EDB realizadas entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2010. Foram avaliados: sexo e idade dos doentes, motivo do exame, tipo de preparação, tempo até realização, diagnóstico, terapêutica, eficácia do exame, tipo de exame (rectosigmoidoscopia/colonoscopia esquerda/ total) e eficácia da preparação.

**Resultados:** Foram realizadas 3218 EDB, 294 (9,14%) das quais em contexto de urgência. Os exames foram realizados entre 1-24 horas após pedido de colaboração da Gastrenterologia, a maioria (69,9%) em menos de 4 horas. Os doentes (144 mulheres e 149 homens) apresentavam uma média de idades de 69,7 anos (16-98) e 28 estavam internados. Foram considerados eficazes 231 (78,6%) dos exames. Foi realizada terapêutica endoscópica em 38 (16%) destes. Em 21,4% o exame foi considerado ineficaz por falência diagnóstica/terapêutica sobretudo à custa de má preparação intestinal, sendo que 12,6% (n=37) foram submetidos a novo exame posteriormente. As principais indicações foram: em 165 (56,1%) hemorragia digestiva baixa, em 77 (26,1%) sub-oclusão intestinal e em 30 (10,2%) diarreia sanguinolenta. As principais etiologias encontradas foram: colite isquémica (13,9% n= 41), neoplasia (11,2%, n=33), patologia anal (11,2%, n=32), volvo (5,8%, n=17), colite infecciosa (5,1%, n=15), hemorragia diverticular (4,7%, n=14), hemorragia por úlceras do cólon/recto (3,7%, n=11), hemorragia após terapêutica endoscópica (2,7%, n=8).

**Conclusão:** A colonoscopia tem um papel relevante no diagnóstico e terapêutica em contexto de urgência. A preparação intestinal adequada poderá aumentar a eficácia e reduzir a necessidade de exame posterior.

Hospital de Santo André, E.P.E. - Leiria

## A Ecografia Digestiva num Serviço de Gastreenterologia

### Autor

Ana Rebelo, Bruno Rosa, Mara Barbosa, Sílvia Leite, José Cotter

### Resumo

**Introdução:** A ecografia é uma importante ferramenta diagnóstica na patologia digestiva, tornando-se um passo natural a sua utilização por Gastreenterologistas. Este trabalho tem como objectivo a análise da implementação desta técnica num Serviço de Gastreenterologia e o seu impacto na prática clínica. Método: Analisaram-se as ecografias digestivas programadas, efectuadas num período de 18 meses (Março/2010 a Agosto/2011), a doentes da Consulta Externa do Serviço de Gastr- enterologia.

**Resultados:** Realizaram-se 563 exames, em 446 doentes (56% do sexo masculino), idade média 53 anos ( $\pm 11$ ).

**Indicações:** vigilância de cirrose hepática - 28%; vigilância de hepatite crónica VHB - 18%; alteração das provas hepáticas - 12%; caracterização/vigilância de lesões nodulares hepáticas - 11%; vigilância de hepatite crónica VHC - 10%; esteatose/esteato- hepatite não alcoólica - 6%; dor abdominal - 5%; dispepsia - 2,5%; Doença de Crohn agudizada - 2,5%; outras - 5%. Achados principais: padrão de cirrose hepática - 30%; esteatose hepática - 27%; lesões nodulares características - 9%; exames sem alterações ecográficas - 19%; outros - 15%. Salienta-se que foi sugerida realização de exame imagiológico contrastado em apenas 27 casos (0,05%), 4 sendo nódulos sugestivos de hepatocarcinoma que foram confirmados. Em apenas 26 casos (0,05%) a avaliação ecográfica foi considerada limitada por mau perfil ecográfico do doente. Conclusões: A ecografia digestiva apresenta uma boa rentabilidade diagnóstica, como demonstrado na nossa casuística. Associada ao seu baixo custo, inocuidade e facilidade de utilização deve ser considerado um método de rotina na nossa prática, permitindo também um melhor conhecimento das indicações e amplas opções diagnósticas e terapêuticas.

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

### IMPACTO DA VIDEOENDOSCÓPIA POR CÁPSULA NO TRATAMENTO DOS DOENTES COM DOENÇA DE CROHN

#### Autor

Dias de Castro, F; Rosa, B; Moreira, MJ; Cotter, J

#### Resumo

A videoendoscopia por cápsula (VC) tem um papel cada vez mais relevante na Doença de Crohn (DC), contudo o seu impacto no estadiamento da DC, nomeadamente no que concerne à terapêutica, não está estabelecido.

**Objectivo:** avaliar as alterações na abordagem terapêutica dos doentes com DC após realização de VC. **Material e Métodos:** análise retrospectiva dos doentes com DC submetidos a VC de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2010. Os resultados obtidos foram processados estatisticamente comparando a terapêutica antes e até 6 meses após a realização da VC.

**Resultados:** das 305 VC efectuadas, neste período, incluíram-se 33, tendo sido calculado o Score de Lewis (SL), agrupando os achados identificados. Apenas 24,2% das VC foram consideradas normais ou sem significado clínico. Em 52% dos doentes verificou-se alteração da terapêutica após a realização da VC. Dos doentes onde ocorreu esta mudança, 82,4% apresentaram achados mais severos na VC (SL mais elevados), sendo este resultado estatisticamente significativo ( $p=0,03$ ). Nos seis meses após a realização da VC apenas um doente foi submetido a cirurgia e 2 doentes realizaram enteroscopias. Nos doentes estudados 70% apresentavam marcadores inflamatórios aumentados, mas a relação entre estes e a severidade dos achados da VC não foi estatisticamente significativa.

**Conclusão:** da nossa experiência concluímos que mais de metade dos doentes que realizaram VC sofreram alterações terapêuticas, sendo estas mais frequentes quanto mais graves os achados da VC. Podemos ainda realçar que nesta coorte não existiu uma relação entre os marcadores de inflamação e a gravidade dos achados da VC.

Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães

## ACUIDADE DIAGNÓSTICA E IMPACTO CLÍNICO DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA

### Autor

Barbosa M, Rosa B, Rebelo A, Magalhães J, Moreira MJ, Marinho C, Cotter J

### Resumo

**Introdução:** A enteroscopia por cápsula (EC) é um exame de primeira linha na investigação da hemorragia digestiva de causa obscura (HDCO) visível ou oculta.

**Objectivos:** Avaliar a capacidade diagnóstica da EC para lesões com potencial hemorrágico estabelecido (lesões P2) nos doentes com HDCO. Determinar a recidiva hemorrágica a médio/longo prazo.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu doentes que tinham realizado EC para investigação de HDCO (Novembro 2007 a Novembro 2010). Critérios de exclusão: exame incompleto e seguimento noutra hospital. Classificação dos achados: lesões P0 (sem potencial hemorrágico), lesões P1 (potencial hemorrágico intermédio ou indeterminado) e lesões P2. A EC foi considerada positiva quando revelou lesões P2 e negativa quando mostrou lesões P0, P1 ou ausência de lesões. A recidiva hemorrágica foi definida como novo episódio de perdas hemáticas visíveis ou queda de hemoglobina  $\geq 2\text{g/dL}$ .

**Resultados:** Dos 135 doentes seleccionados, 114 foram incluídos (30 HDCO visível); 74 eram do sexo feminino; idade média de 59 anos. A EC mostrou lesões P2 em 33% dos casos (40% visível, 29% oculta). O achados mais frequentes foram angiectasias (35%). Em 94% dos doentes o follow-up era  $> 6$  meses, com um tempo médio de 19 meses. A recidiva hemorrágica global foi de 33%, sendo que em 2/3 desses doentes a EC foi negativa.

**Conclusões:** A acuidade diagnóstica da EC é superior nos casos de HDCO visível. Uma EC negativa não está associada a uma baixa taxa de recidiva hemorrágica. São necessárias intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas adicionais para melhorar o prognóstico destes doentes.

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave-Guimarães

### MANOMETRIA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUÇÃO NA AVALIAÇÃO DE DOENTES COM ACALÁSIA

**Autor**

Novais, Luis

#### **Resumo**

**Introdução:** A manometria esofágica teve um importante avanço técnico com o desenvolvimento da Manometria Esofágica de Alta Resolução (MEAR). Esta técnica permite uma mais cuidada avaliação do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI), do seu relaxamento e estudo da peristalse. As características manométricas segundo os critérios de Chicago, permitem a divisão da acalásia em 3 Tipos: I;II;III.

**Objectivos:** Avaliar a actividade neuromuscular do esófago com MEAR em doentes referenciados com o diagnóstico de acalásia, confirmar o diagnóstico por MEAR de acalásia e determinar os tipos. Métodos Foram avaliados 14 doentes, 3 sexo feminino e 10 sexo masculino, com idade média de 42 anos (25-72). Três doentes tinham sido submetidos a cirurgia. A MEAR foi realizada com sonda com 36 sensores de pressão, com intervalos de 1 cm, com registo desde a faringe ao estômago. Estudo do EEI e da peristalse com 10 deglutições líquidas.

Nesta avaliação foram utilizados os critérios de Chicago.

**Resultados:** Dos 11 doentes sem qualquer tratamento anterior: acalásia tipo I (2) acalásia tipo II (8); acalásia tipo III (1). Dos 3 doentes submetidos previamente a cardiomiectomia: acalásia tipo II (2); aperistalse esofágica (1).

**Conclusões:** Técnica bem tolerada pelo doente por não necessitar de mobilização da sonda e curto tempo da intubação. Adequado estudo da junção gastro-esofágica, excluindo a presença de falsos relaxamentos do EEI. Identificação do tipo de acalásia. A acalásia de tipo II foi o grupo mais frequente.

Laboratório de Neurogastroenterologia e Motilidade Digestiva CEDE  
Faculdade Ciências Médicas de Lisboa

## PROFILAXIA DE HEMORRAGIA VARICOSA EM DOENTES COM HIPERTENSÃO PORTAL

### Autor

Velosa, M.1; Cardoso, H.2; Macedo, G.2

### Resumo

**Introdução:** A hipertensão portal é uma complicação progressiva da cirrose. A presença de varizes correlaciona-se com a gravidade da doença hepática: 40% para doentes com score Child A e 85% para Child C. Objectivos: Avaliação da taxa de sucesso e ocorrência de complicações em doentes com hipertensão portal submetidos a técnicas endoscópicas para erradicação de varizes gastroesofágicas, em contexto de profilaxia primária ou secundária de hemorragia varicosa.

**Métodos:** Estudo prospectivo iniciado em Janeiro de 2010, que incluiu 69 doentes com varizes gastroesofágicas. Destes, 23 efectuaram profilaxia primária e 46 profilaxia secundária de hemorragia varicosa. Resultados: A maioria era do género masculino (79,7%). A média de idades global foi de 55 anos. A etiologia da hipertensão portal atribuiu-se maioritariamente a cirrose de etiologia etílica (52,5%), hepatite B ou C (11,6%) ou ambas (18,8%). Cerca de 47,8% eram score Child A e 5,8% dos doentes tinham hepatocarcinoma. Foi possível erradicar as varizes em 55% dos doentes, com número médio de 2.8 sessões por doente. Foi necessário tratamento subsequente em 34% dos doentes. Verificaram-se complicações relacionadas com a evolução de doença hepática crónica em 31,9% dos doentes; 23,1% atribuídos a episódios hemorrágicos. Cerca de 11,6% dos doentes morreram, 25% por hemorragia digestiva alta. O score Child B/C tendencialmente correlacionou-se com aparecimento de complicações durante a erradicação.

**Conclusão:** A taxa de recidiva hemorrágica foi maior no grupo de doentes a efectuar profilaxia secundária (10,9% vs 4,35%). O score Child B/C relaciona-se com a presença de complicações durante a erradicação.

Hospital Central do Funchal 2- Hospital São João

### ECOENDOSCOPIA RADIAL: EXPERIÊNCIA NUM HOSPITAL PERIFÉRICO PRIMEIROS 265 EXAMES

#### Autor

Ribeiro S, Neves P, Pereira E, Toste M

#### Resumo

**Objectivo:** Caracterização dos primeiros 265 exames com ecoendoscópio radial num hospital periférico. **Material e métodos:** Análise retrospectiva das primeiras 265 ecoendoscopias radiais (EER), quanto à sua indicação, proveniência e resultados. Utilizou-se ecoendoscópio radial Pentax® EG3670URK e ecógrafo Hitachi® EUB-5500.

**Resultados:** Realizaram-se 265 EE em 255 doentes, das quais 224 (84%) foram EE altas e 41 EE baixas (16%). A média das idades foi 59.7 anos, com 53% dos doentes do sexo masculino. A maioria dos doentes foi referenciada da Consulta Externa de Gastroenterologia (34 %). A Ecografia Digestiva precedeu a EE em 184 (69.4%) casos. Duzentos e dez (79 %) exames foram realizados com sedoanalgesia, 11 com analgesia (4%) e 44 sem sedação/sedoanalgesia (17%). Cento e trinta e nove (53%) versaram a parede digestiva [estadiamento/controlo de neoplasia digestiva-56, LSE/compressão extrínseca-26; canal anal-5; outras-46], e as restantes (47%) a avaliação pancreatobiliar [lesões pancreáticas focais-36; p.aguda idiopática/exclusão coledocolitíase-26; avaliação dilatação VBP±Wirsung-22; estudo icterícia- 9; pancreatite crónica-7; outras-19].

**Conclusões:** A realização de Ecografia Digestiva a preceder a EE revelou-se como um instrumento de primeira abordagem morfológica que acrescentou referências anatómicas essenciais à sua execução por via endoscópica. A disponibilidade da EER permitiu usufruir de um método de elevada acuidade diagnóstica e estadiamento de grande parte das patologias digestivas mais comuns, sendo de destacar a biliopancreática. Esta abordagem de alta resolução revelou-se, também, essencial ao melhor conhecimento da parede digestiva além mucosa, aspectos que a ultra-sonografia veio acrescentar à Endoscopia convencional na prática clínica num Hospital periférico.

Serviço de Gastroenterologia Hospital de Santo Espírito  
Angra do Heroísmo, EPE

## INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA SOB CONTROLO ULTRASSONOGRÁFICO NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÓNICA

### Autor

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

### Resumo

**Introdução:** A fissura anal crónica é uma patologia frequente e responsável por morbilidade significativa. A injeção intra-esfincteriana de toxina botulínica A tem sido utilizada nos últimos 20 anos no tratamento de fissura anal crónica, exercendo uma desinervação química transitória permitindo assim um relaxamento da musculatura esfincteriana anal com consequente cicatrização.

**Objectivo:** Avaliar a efectividade da Injeção de Toxina Botulínica sob controlo ultrassonográfico no tratamento da fissura anal crónica. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional preliminar de uma coorte de 20 doentes com fissura anal crónica tratados com toxina botulínica A (Botox®) sob controlo ultrassonográfico entre 1 de Janeiro 2010 e 30 de Agosto de 2011 numa Unidade de Gastrenterologia.

**Resultados:** O tratamento foi efectuado em 20 doentes, sendo 40% do sexo masculino, e a média de idades de 57,9 anos. As principais queixas referidas pelos doentes foram: Proctalgia (80%), Rectorragias (75%) e Prurido anal (75%), na sua maioria (80%), com mais de 6 meses de evolução. Após injeção de Botox®, 95% dos doentes apresentaram cicatrização ou significativa melhoria sintomática da fissura anal em consulta de follow-up. Apenas 1 doente apresentou recidiva após cicatrização inicial, pelo que foi referenciado à consulta de Cirurgia Geral. Não se registaram complicações após a terapêutica.

**Conclusões:** A injeção de toxina botulínica A sob controlo ultrassonográfica é uma arma terapêutica eficaz, segura e com boa relação custo-benefício no tratamento da fissura anal crónica, representando o controlo ultrassonográfico uma vantagem dado que permite uma administração dirigida, aumentando as probabilidades de sucesso e diminuindo o risco de complicações.

Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco

### O PAPEL DO LABORATÓRIO NA PREDIÇÃO DA EFICÁCIA A LONGO PRAZO DA AZATIOPRINA NO TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII)

#### Autor

Sousa A.L., Eusébio M., Martins A., Caldeira P., Belo T., Guerreiro H.

#### Resumo

**Introdução:** Com a introdução de agentes biológicos, a azatioprina perdeu expressão no tratamento de manutenção da DII. Sendo o seu valor terapêutico reconhecido e tendo custos inferiores, será importante identificar os doentes com resposta sustentada. Objectivo: avaliar a eficácia a longo prazo da azatioprina através dos parâmetros laboratoriais (PL).

**Material e Métodos:** Doentes seguidos em consulta de DII medicados com azatioprina (dose  $\geq 2$ mg/Kg)  $\geq 3$  meses e sem terapêutica concomitante com biológicos. Considerámos tratamento eficaz: manutenção da azatioprina com bom controlo da doença (julgamento clínico) ou suspensão da terapêutica (critérios clínicos/endoscópicos) sem necessidade de escalada terapêutica. Registámos: tipo de doença, sexo, idade, tempo de tratamento e PL - leucócitos, PCR, hemoglobina, plaquetas e VGM – antes e aos 3 meses de tratamento.

**Análise Estatística:** correlação de Pearson, paired sample t test e regressão linear (método enter).

**Resultados:** 72 doentes (37 mulheres e 35 homens); idade média  $37,99 \pm 13,76$  anos; 35 com Doença Crohn e 34 com Colite Ulcerosa. Tempo médio de tratamento  $35,1 \pm 30,6$  meses. Tratamento eficaz em 48 doentes (66,7%). Os PL iniciais não predizem o controlo da doença ( $R=0,287$ ;  $p=0,444$ ). Aos 3 meses de tratamento, cada um dos PL relaciona-se com o sucesso terapêutico a longo prazo: leucócitos ( $r=-0,295$ ;  $p=0,013$ ), PCR ( $r=-0,332$ ;  $p=0,005$ ), hemoglobina ( $r=0,307$ ;  $p=0,010$ ), plaquetas ( $r=-0,360$ ;  $p=0,003$ ) e VGM ( $r=0,255$ ;  $p=0,047$ ); no seu conjunto os PL predizem a eficácia ( $R=0,517$ ;  $p=0,005$ ).

**Conclusão:** A azatioprina mostrou ser um tratamento eficaz na maioria dos doentes sendo os PL aos 3 meses bons preditores da sua eficácia a longo prazo.

Hospital de Faro, E.P.E.

**CARACTERIZAÇÃO MOLECULAR DE SPLICING ALTERNATIVO  
DO GENE FHL2 (FOUR AND HALF LIM DOMAINS PROTEIN 2)  
EM DOENTES COM CANCRO DO CÓLON E RECTO  
DADOS PRELIMINARES**

**Autor**

Sousa A.L., Eusébio M., Caldeira P., Enriquez J., Cadillá J., Varela C., Rafael M.S.,  
Cancela M.L., Guerreiro H.

**Resumo**

**Introdução e Objectivo:** No cancro do cólon e recto (CCR) os factores que condicionam a agressividade são ainda pouco conhecidos. Recentemente, foi descrita a relação da expressão do gene FHL2, um regulador da transcrição genética, e o CCR. A acumulação da proteína FHL2 pode promover ao tumor um fenótipo de transição epitelial-mesenquimatoso condicionando capacidade de invasão local e metastização à distância. O estudo pretende caracterizar a expressão de diferentes transcritos do gene FHL2 e eventual relação com diferentes estadios patológicos do CCR.

**Material e Métodos:** Na colonoscopia procedeu-se à colheita de biopsias de tumor e mucosa rectal normal em doentes com CCR e biopsias de controlo em mucosa rectal em indivíduos sem CCR ou pólipos. Caracterizou-se: idade, sexo, localização, estadiamento TNM e diferenciação do tumor. Através de análise bioinformática do gene FHL2, identificaram-se vários transcritos alternativos para os quais se construíram primers específicos e testando a sua amplificação por PCR.

**Resultados:** Incluídos 20 doentes com CCR (homens/mulheres –13/7; idade média –  $66,7 \pm 12,38$  anos; localização – recto 10, cólon esquerdo 4, cólon direito 6; estadio I – 3, II – 2, III – 9, IV – 6;) e 16 controlos. O procedimento biomolecular ainda se encontra em fase de teste e refinamento. Resultados preliminares de 50% das amostras por diferentes técnicas de PCR mostram uma amplificação muito reduzida do gene FHL2, sem identificação de transcritos alternativos.

**Conclusão:** Numa avaliação preliminar não foi possível estabelecer uma associação entre transcritos alternativos do gene FHL2 e estadio do CCR nas amostras estudadas, procedendo-se neste momento à optimização das técnicas aplicadas.

Hospital de Faro, E.P.E.

### PRÓTESES BILIARES NO TRATAMENTO DA COLEDocolITÍASE: IMPACTO COMO MÉTODo PRIMÁRIO

#### Autor

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

#### Resumo

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

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

**Métodos:** análise retrospectiva das CPREs realizadas num único centro no período 2000-2010; selecção dos doentes em que foram usadas próteses biliares como método primário de tratamento de coledocolitíase; medição do índice litiásico (soma do diâmetro de todos os cálculos, cm) antes e após período de permanência da prótese; análise estatística com teste de Wilcoxon.

**Resultados:** entre 2000-2010 realizaram-se 2762 CPREs, tendo-se obtido colangiograma em 2438 exames e evidenciado coledocolitíase em 1050. Em 966 doentes realizaram-se manobras de extracção primária. Em 61 doentes considerados de risco (idade avançada, comorbilidades, toma de antiagregantes plaquetários e/ou anticoagulantes, limitações técnicas) foi apenas colocada prótese biliar (duplo-pigtail, 7F), sem ETE ou tentativa de extracção de cálculos. Destes doentes, 43 repetiram CPRE após período médio de permanência da prótese de 93 dias. Verificou-se redução do índice litiásico médio após o uso de prótese (de 2,7 para 1,7;  $p < 0,005$ ). Conclusões: o uso primário de próteses biliares por um período médio de cerca de 3 meses associou-se a redução significativa do índice litiásico, podendo ser uma alternativa de primeira linha no tratamento da coledocolitíase em alguns doentes.

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Amato Lusitano  
ULS de Castelo Branco

## ÁCIDO ACETILSALICÍLICO E CLOPIDOGREL: IMPACTO NA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA?

### Autor

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

### Resumo

**Objectivos:** O benefício do ácido acetilsalicílico (AAS) em baixa dose e do clopidogrel é bem conhecido na prevenção/tratamento de eventos cardiovasculares, contudo a frequência de lesões gastro-duodenais (GDs) em Portugal é desconhecida. Pretendeu-se avaliar frequência, tipo de lesões GDs, critérios para a instituição de IBP e sintomatologia. **Material:** Análise retrospectiva de relatório e ficha de inquérito pré-endoscopia, dos doentes submetidos a EDA em 2010, a efectuar AAS e/ou clopidogrel.

**Resultados:** Incluíram-se 231 doentes (118 mulheres), idade média 71.8 anos, em 1682 EDA realizadas (13.7%). A generalidade foi referenciada pelo centro saúde (47.6%), consulta externa (32.9%) e S.U. (14.7%). 86.6% apresentavam co-morbilidade cardiovascular significativa. 39.8% não apresentavam qualquer sintoma do tracto gastrointestinal superior, sendo a epigastralgia o sintoma mais frequente (24.2%), apresentando 13.4% hematemeses/melenas. 25.1% mostravam anemia ferropénica. 56.3% efectuava AAS, 34.6% clopidogrel e 9.1% AAS+clopidogrel. A presença de critério para protecção gástrica com IBP, associou-se à sua toma (69% Vs 31%;  $p < 0.001$ ).

A EDA mostrou alterações em 53,2%: gastropatia erosiva (20.8%), gastropatia eritematosa (14.7%), esofagite erosiva (13.4%), úlcera gástrica (9.5%), duodenopatia erosiva (4.3%), úlcera duodenal (1.3%). 10.8% apresentavam lesões GDs com estigmas de hemorragia, necessitando 32% hemostase endoscópica. Não se verificou associação estatisticamente significativa entre o tipo de antiagregação e toma de IBP no que respeita aos achados endoscópicos ( $p > 0.05$ ).

**Conclusões:** A sintomatologia gastrointestinal está patente em elevada percentagem de doentes. A frequência de achados endoscópicos está presente num número significativo de doentes, contudo não implicando atitude terapêutica endoscópica na maioria.

Os achados endoscópicos em doentes a efectuar IBP e a sua não associação estatisticamente significativa, poderá ser justificado pelo H.Pylori (factor risco independente).

### CORRELAÇÃO ENTRE OS BIOMARCADORES TUMORAIS CEA E CA 19.9 E O ESTADIAMENTO DO CANCRO COLO-RECTAL

#### Autor

Eusébio M., Sousa A.L., Caldeira P., Martins A., Guerreiro R., Inácio C., Enriquez J., Guerreiro H.

#### Resumo

**Introdução:** No cancro colo rectal (CCR), a identificação de factores preditivos do estadiamento tem sido um desafio científico constante.

**Objectivo:** avaliar a correlação entre os marcadores tumorais CEA e CA 19.9 e o estadiamento do CCR. **Material e métodos:** Análise retrospectiva de 842 doentes avaliados em consulta de CCR, entre 1998 e 2010, com adenocarcinoma e estadiamento disponível (T e N anatomopatológico; M imagiológico/anatomopatológico) sem terapêutica prévia. **Avaliámos:** idade, sexo, localização e diferenciação tumoral, estadiamento (TNM) e valores pré-operatórios de CEA e CA 19.9. **Consideraram-se** valores elevados de CEA e CA 19.9:  $\geq 5$  ng/mL e  $\geq 37$  U/mL, respectivamente. **Análise estatística:** teste Chi-quadrado, correlação de Pearson e regressão linear.

**Resultados:** homens/mulheres – 526 (61,7%) / 326 (38,3%); idade média  $68,7 \pm 11$  anos. Localização: recto 37,4%, sigmóide 33,9%, descendente 6,9%, transverso 6,6% e ascendente/cego 15,1%.

**Diferenciação:** bem 54,7%, moderadamente 40,8% e pouco 4,5%. Estadio TNM: I 20%, II 26%, III 36,5% e IV 17,5%. CEA elevado em 49,2% e CA 19.9 elevado em 21,9%. Observámos uma associação entre a elevação do CEA e o estadio TNM ( $\chi^2=106,7$ ;  $p < 0,001$ ) bem como entre a elevação do CA 19.9 e o mesmo parâmetro ( $\chi^2=158,4$ ;  $p < 0,001$ ). Na análise multivariada, a elevação do CEA e CA 19.9, em conjunto, correlaciona-se com o estadiamento TNM ( $R=0,271$ ;  $p < 0,001$ ), especialmente com a doença metastática ( $R=0,345$ ,  $p < 0,001$ ). **Conclusão:** A percentagem de indivíduos com biomarcadores, CEA e CA 19.9, elevados, aumenta em cada estadio. No conjunto, estes biomarcadores são preditores do estadiamento TNM final e, sobretudo, de doença metastática.

Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Faro, EPE

**CASOS CLÍNICOS**

### COMPLICAÇÃO RARA DA HEPATITE C

#### Autor

Nunes A., Fernandes V., Fonseca C., Carlos S., Folgado A.,  
Gíria J., Borralho P., Freitas J.

#### Resumo

Doente do sexo feminino, 41 anos de idade, com hepatite crónica a vírus C (genótipo 1a) e com dor abdominal aguda e hematoquésias. A fibrossigmoidoscopia e as biópsias foram compatíveis com colite isquémica. Devido a agravamento da sintomatologia e a quadro suboclusivo, efectuou colonoscopia observando-se, a nível da sigmoideia, mucosa ulcerada e extensa estenose. Foi submetida a hemicolectomia esquerda verificando-se, no pós-operatório imediato, isquémia do restante cólon tendo sido realizada colectomia total e ileostomia de protecção. Duas semanas após a colectomia, iniciou quadro de hipostesias e diminuição da força muscular nos membros inferiores. A investigação revelou crioglobulinémia associada ao VHC. Realizou terapêutica anti-viral com melhoria do quadro clínico. Embora as crioglobulinas estejam presentes numa percentagem significativa de doentes com infecção pelo vírus da hepatite C, só uma pequena fracção tem manifestações clínicas. São muito raros os casos em que a forma de apresentação seja a isquémia intestinal.

Hospital Garcia de Orta - Almada

**ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NA DOENÇA DE CROHN****Autor**

Machado J, Ministro P, Ramalho R, Cancela E, Araújo R, Castanheira A, Silva A

**Resumo**

Os autores relatam o caso de um doente do sexo masculino, 40 anos, com Doença de Crohn ileal diagnosticada em 2001, sob terapêutica com Adalimumab desde Fevereiro de 2010. Em Outubro de 2010 apresentava-se com baixo peso (34,5 Kg) e referiu alterações sensitivas de agravamento progressivo pelo que foi referenciado à consulta de Neurologia. Foi colocada a hipótese diagnóstica de Polineuropatia Crónica Inflamatória Desmielinizante de possível etiologia tóxica (terapêutica com anti-TNF). O Adalimumab foi suspenso e o doente iniciou metilprednisolona 1g (5 dias), seguido de desmame rápido. Um mês após o início da corticoterapia recorreu ao SU por diafagia global, tendo sido internado por Candidíase esofágica severa. Durante o internamento desenvolveu múltiplas complicações infecciosas graves. Apesar da resolução do quadro de esofagite manteve disfagia intermitente e vômitos ocasionais que impossibilitavam a alimentação oral pelo que foi administrada alimentação artificial (entérica e parentérica) na quase totalidade do internamento. No segundo mês de internamento foi reavaliado por Neurologia apresentando nessa altura limitação dos movimentos oculares. Posteriormente apresentou alterações do comportamento, com períodos de alucinações visuais e distúrbio severo do sono. Colocou-se a hipótese diagnóstica de Encefalopatia de Wernicke e administraram-se doses elevadas de tiamina. Nos dias seguintes o quadro neurológico reverteu, reiniciou dieta oral, sem disfagia ou vômitos, admitindo-se em simultâneo o diagnóstico de beribéri gastrointestinal. A deficiência de tiamina e as condições clínicas a ela associada são raras nos países ocidentais em doentes não-alcoólicos. Os autores apresentam este caso pela raridade e complexidade desta situação clínica.

Hospital de S. Teotónio - Viseu

### FORMA DE APRESENTAÇÃO RARA DE NEOPLASIA DO PÂNCREAS

#### Autor

Eliseu L.(1), Romãozinho J.M.(2), Freire P.(2), Amaro P.(2), Ferreira M.(2), Sofia C.(2)

#### Resumo

**Introdução:** A hemorragia digestiva por rotura de varizes esófago-gástricas está geralmente associada à hipertensão portal decorrente da cirrose hepática. A hipertensão portal segmentar constitui uma entidade pouco frequente, cujas etiologias principais são a pancreatite e as neoplasias pancreáticas.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, de 53 anos de idade, admitida no serviço de urgência por quadro de melenas, com estabilidade hemodinâmica e hemoglobina de 9,5 g/dL. Referia ainda enfartamento pós-prandial e distensão abdominal com 6 meses de evolução e, ao exame objectivo, apresentava volumosa massa abdominal palpável condicionando deformação da parede abdominal. A endoscopia digestiva alta, realizada em contexto de urgência, revelou hemorragia activa, em jacto, com sede em varizes esófago-gástricas, jugulada com laqueação elástica. O estudo ecográfico e a tomografia computadorizada confirmaram a existência de massa intra-abdominal, sem panos de clivagem com o pâncreas, estômago e baço, assim como múltiplas formações nodulares hepáticas e trombose da veia esplénica. A caracterização histológica das lesões hepáticas, complementada com realização de Octreoscan®, conduziu ao diagnóstico final de tumor neuroendócrino bem diferenciado do pâncreas, com metastização hepática. Não ocorreu recidiva hemorrágica e verificou-se uma evolução clínica favorável ao longo do internamento. A doente foi posteriormente orientada para consulta multidisciplinar de oncologia.

**Conclusão:** Este caso clínico, documentado iconograficamente, recorda a hipertensão portal segmentar como causa de varizes esófago-gástricas. Ilustra igualmente uma forma de apresentação pouco comum das neoplasias do pâncreas: a hemorragia digestiva alta por rotura de varizes.

(1) Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

(2) Serviço de Gastreenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**PÓLIPO GÁSTRICO GIGANTE: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA****Autor**

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

**Resumo**

A incidência dos pólipos gástricos varia entre 0,4 e 5% em diferentes séries de endoscopia digestiva alta. A vasta maioria é do tipo hiperplásico, constituindo os adenomas aproximadamente 7-12% do total. São geralmente assintomáticos mas raramente podem manifestar-se com dor epigástrica, obstrução intermitente, hemorragia ou anemia. A excisão endoscópica constitui uma modalidade terapêutica geralmente reservada para os pólipos com dimensão inferior a 2 cm, podendo ser aplicada em pólipos maiores em circunstâncias que contra-indiquem a opção cirúrgica. Homem, 79 anos, com antecedentes de ICC, HTA e arritmia cardíaca. Recorreu ao SU por quadro sugestivo de descompensação de insuficiência cardíaca. Referia ainda dor epigástrica com alguns dias de evolução. Detectada anemia (Hb 8,8) ferropénica. Endoscopia: volumosa lesão polipóide (>5 cm) friável no corpo gástrico proximal, cujas biopsias mostraram displasia de baixo grau. Ecoendoscopia: pólipo com cerca de 7 cm com pedículo curto (espessura 8 mm), parede gástrica adjacente normal. Tendo em conta a idade, co-morbilidades e desejo do doente optou-se pela terapêutica endoscópica. Decorreu quatro meses após o diagnóstico, referindo o doente nesse período vômitos ocasionais. Verificou-se aumento das dimensões do pólipo, que media cerca de 10 cm, encontrando-se prolapsado através do piloro até D2. Feita excisão em piecemeal aparentemente completa. Histologia: adenoma tubulo-viloso com displasia de baixo grau. Endoscopia de controlo revelou cicatriz de polipectomia com aspecto regular. Doente assintomático no follow-up. Apresenta-se o caso pela invulgaridade da dimensão do pólipo, sintomatologia e modalidade terapêutica escolhida, que se revelou eficaz. Apresenta-se iconografia endoscópica e ultrasonográfica.

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Amato Lusitano, ULS Castelo Branco

### CO-INFECÇÃO A HAEMOPHILUS DUCREYI E TREPONEMA PALLIDUM EM DOENTE HIV NEGATIVO COM FISSURA ANAL

#### Autor

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

#### Resumo

Homem de 28 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por proctalgia intensa com 2 semanas de evolução. Negava rectorragia, exsudado, alteração dos hábitos intestinais, febre e manifestações extra-intestinais de doença inflamatória intestinal. Trata-se de um doente casado, que negava relações sexuais extra-conjugais. A observação inicial, revelou uma fissura anal de bordos moles muito dolorosa entre as 11 e 4 horas na posição genu-peitoral, com exsudato seroso escasso. Apresentava ainda uma adenopatia inguinal dolorosa e duro-elástica com 10 mm. Restante exame físico normal. Os exames complementares de diagnóstico revelaram: hemograma, bioquímica e serologias para HIV, VHC e VHB negativas. Foi realizada ileocolonosopia que foi normal. Dada a possibilidade de doença infecciosa, cancroide ou sífilis, iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone. Duas horas depois desenvolveu pico febril único (39º) e mialgias, sugestivo de reacção de Jarish-Herxheimer. Posteriormente o VDRL e TPHA foram positivos pelo fez terapêutica com penicilina. Três dias após início de terapêutica apresentava franca melhoria clínica e duas semanas depois a fissura encontrava-se em cicatrização e assintomática. Nesta altura novos resultados estavam disponíveis: a avaliação histológica foi inespecífica e sem organismos identificáveis; PCR de HIV 1 e 2 foi negativa, pesquisa por PCR da lesão foi negativa para *Chlamydia trachomatis* e *Calymmatobacterium granulomatis* e positiva para *Haemophilus ducreyi*. O doente recebeu terapêutica adicional com doxiciclina por queixas de corrimento purulento uretral. Reavaliação do VDRL apresenta diminuição de 6 diluições no título e o doente está assintomático.

Hospital de Santo André, E.P.E - Leiria

## ABCESSO CEREBRAL EM DOENTE COM DOENÇA DE CROHN DO ÍLEON A FAZER TRATAMENTO COM ADALIMUMAB

### Autor

Silva R. (1), Furtado A. (2), Silva P. (3), Cerejo A. (3), Coelho R. (4)

### Resumo

Doente de 54 anos, sexo feminino com Doença de Crohn do estenosante do íleon diagnosticada em 2001. Em 2004 foi operada, tendo realizado ileocelectomia segmentar. Fez inicialmente terapêutica de manutenção com 5 – ASA que manteve após a cirurgia. Em Fevereiro de 2010 realizou colonoscopia e Entero-TAC que mostraram recidiva de Doença de Crohn estenosante no neo-íleon terminal. Iniciou terapêutica com azatioprina que teve de suspender devido a efeitos laterais. Em Julho de 2010 inicia terapêutica com adalimumab. Verificou-se remissão clínica da doença e cicatrização da mucosa do íleon. Em Maio de 2011 foi internada por febre, cefaleias e prostração. Durante o internamento, após uma melhoria inicial verificou-se agravamento do estado clínico com períodos de confusão, letargia e agravamento das cefaleias. Fez TAC e RM cerebral que mostrou volumosa lesão expansiva com centro quístico/necrótico, localizada no hemisfério cerebral esquerdo e com marcado edema cerebral perilesional exercendo efeito de massa sobre as estruturas cerebrais adjacentes e compressão do hemisfério cerebral contralateral. Iniciou tratamento com manitol e dexametasona. Foi transferida para outro hospital para ser avaliada por neurocirurgia. Em 11/05/2011 realizou cirurgia cerebral urgente com drenagem incompleta de abscesso cerebral e saída de material purulento. Fez antibioterapia com meropenem e vancomicina. Exame bacteriológico, micológico, Ziehl-Neelsen e PCR (MT) do pús: negativos. Refez abscesso cerebral sob antibioterapia e foi novamente operada em 09/06/2011 para realização de drenagem completa do abscesso. Embora sem diagnóstico etiológico definitivo do abscesso cerebral, admitiu-se com provável uma tuberculose cerebral e iniciou terapêutica da tuberculose com melhoria do quadro clínico e imagiológico.

(1) - Serviço de Gastrenterologia do Hospital Pedro Hispano - Matosinhos. (2) - Serviço de Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano - Matosinhos. (3) - Serviço de Neurocirurgia do Hospital de São João - Porto. (4) - Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de São João - Porto.

### COMPLICAÇÃO RARA DE ÚLCERA PÉPTICA DUODENAL

#### Autor

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

#### Resumo

As fistulas bilio-entéricas são raras e geralmente assintomáticas, sendo o seu diagnóstico muitas vezes acidental. As mais frequentes são colecisto-duodenais, ocorrendo predominantemente em mulheres com colelitíase. As fistulas colédoco-duodenais correspondem a menos de 10%, estando descrita a associação com úlcera péptica duodenal crónica. Homem, 30 anos, com doença bipolar e pólipo da vesícula biliar (7mm), detectado em ecografia realizada no contexto de estudo de quadro de epigastralgia crónica, com mais de um ano de evolução. Recorreu ao SU por instalação aguda de melenas e lipotímia. Apresentava-se pálido e com TA 100/60 mmHg. Analiticamente com anemia (Hb 7,8) e elevação da ureia (78 mg/dL). Endoscopia: esofagite grau B, intensa congestão bulbar e extensa úlcera no apex bulbar (Forrest IIc). Transfundido com um total de 7 UCE. Repetiu endoscopia ao 4º dia de internamento que revelou fenda com saída de bÍlis na base da úlcera duodenal, levantando a suspeita de fístula colédoco-duodenal, confirmada por novo exame endoscópico, com realização prévia e posterior de ecografia abdominal que documentou aparecimento de aerobilia no colédoco. Realizado tratamento médico com inibidor da bomba de protões e erradicação de *H. pylori*, com melhoria clínica e alta após uma semana. Decorridos dois meses realizou endoscopia de controlo que não revelou lesões ulcerosas, e ecografia abdominal sem alterações, permanecendo assintomático no follow-up. Os autores apresentam este caso pela raridade desta complicação de doença ulcerosa péptica. A grande maioria destas fistulas colédoco-duodenais cura espontaneamente com o tratamento médico dirigido à úlcera, ocupando a cirurgia actualmente um plano secundário.

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

**CRIPTOSPORIDIOSE GÁSTRICA****Autor**

Sousa A.L., Ornelas R., Eusébio M., Sousa D., Proença A.P., Cadillá J., Guerreiro H.

**Resumo**

Os autores apresentam um doente do sexo masculino, 51 anos de idade, internado por diarreia aquosa, 5-6 dejeções/dia, com muco e sem sangue ou pus, acompanhada de enfiamento pós-prandial e emagrecimento de 10Kg, com cerca de 1 mês de evolução. Trata-se de doente com hábitos sexuais de risco. Ao exame objectivo o doente apresentava-se emagrecido. O hemograma era normal e sem alterações bioquímicas de relevo. A endoscopia digestiva alta mostrou, a nível do antro, mucosa congestionada e hiperemiada, que se biopsou. Na colonoscopia, progrediu-se até ao íleon terminal, com observação a este nível de pequena área granular com esboço de ulceração, de difícil acesso, tendo-se apenas conseguido biopsar área adjacente; o aspecto endoscópico do cólon era normal. As biopsias efectuadas no íleon, cólon direito e esquerdo não mostraram alterações. O diagnóstico histológico das biopsias da mucosa gástrica foi compatível com gastrite por *Cryptosporidium*. A serologia para VIH foi positiva, a carga viral de 182.000 c/mL e CD4 196 cel/ $\mu$ L; de infecções concomitantes a registar a sífilis (RPR 1/64). Trata-se portanto, de doente com infecção VIH estadio C3. Iniciou-se terapêutica antiretroviral (darunavir, ritonavir, emtricitabina e tenofovir), cotrimoxazol em dose profiláctica e penicilina benzatínica. Assistiu-se a uma boa resposta imunológica e controlo virológico. Apesar de ser indicador de doença avançada, observou-se remissão rápida da diarreia e ganho ponderal, e a endoscopia alta com biopsias não demonstrou o protozoário. Os autores apresentam este caso por a localização gástrica do *Cryptosporidium* ser rara e uma manifestação severa da cryptosporidiose em doentes com SIDA.

Hospital de Faro, E.P.E.

### DIARREIA CRÓNICA

#### Autor

Meira T.1, Nunes A. 1, Ilgenfritz R.2, Freitas J.1 1)Serviço de Gastrenterologia, (2) Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Orta E.P.E

#### Resumo

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, com 74 anos, com história de colite não especificada, medicada com *saccharomyces boulardii* e messalazina, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro, com 4 meses de evolução, de diarreia com 6-7 dejectões de fezes líquidas/dia, sem sangue. Ao exame objectivo, não apresentava alterações. Analiticamente verificou-se leucocitose com neutrofilia, tendo sido decidido o seu internamento para esclarecimento do presente quadro. Durante o internamento, foram efectuadas colheitas de fezes para exame bacteriológico, pesquisa de ovos, quistos e parasitas e pesquisa de toxina do *Clostridium difficile* que foram negativos. Foi submetida a colonoscopia total com ileoscopia que não mostrou alterações. As biopsias de mucosa cólica normal revelaram um infiltrado linfocitário difuso, consistente com o diagnóstico de colite linfocítica. A doente foi medicada com prednisolona com melhoria sintomática parcial. Foi igualmente submetida a endoscopia digestiva alta, que não mostrou alterações. As biopsias de mucosa normal de duodeno revelaram um epitélio permeado por um infiltrado eosinófilo e trofozoítos de *Giardia* no lúmen. A doente foi medicada com metronidazol com regressão total da sintomatologia. Este caso salienta-se pela importância da realização de biopsias de mucosa normal do cólon e duodeno, como parte do protocolo de investigação da diarreia crónica e pela associação entre giardíase e colite linfocítica, dificultando a distinção entre giardíase com linfocitose intra-epitelial reactiva e a existência de duas entidades clínicas distintas mas síncronas.

Hospital Gracia de Orta - Almada

**MIOPERICARDITE NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL:  
MANIFESTAÇÃO EXTRA-INTESTINAL OU IATROGENIA?  
DOIS CASOS CLÍNICOS**

**Autor**

Magalhães J, Leite S, Pereira V, Machado I, Lourenço A, Cotter J

**Resumo**

Descrevem-se dois casos de doentes com DII recentemente diagnosticada nos quais ocorreu envolvimento cardíaco. O primeiro, com Doença de Crohn (DC) diagnosticada há um mês, quando iniciou messalazina comprimidos, foi admitido no Serviço de Urgência por quadro compatível com miopericardite. Inicialmente a messalazina não foi considerada como um agente etiológico, sendo novamente administrada, o que se traduziu no reaparecimento dos sintomas e alterações nas enzimas cardíacas. No segundo caso, com diagnóstico recente de Colite Ulcerosa (UC), desenvolveu-se um quadro clínico de miopericardite simultaneamente com agudização da CU. Nas duas semanas prévias à admissão tinha iniciado tratamento com enemas e messalazina oral. Em ambos os casos optou-se por suspender terapêutica com messalazina e iniciar prednisolona endovenosa. Os doentes apresentaram melhoria clínica e analítica, tendo alta a cumprir terapêutica com prednisolona. No segundo caso, a azatioprina foi adicionada ao esquema terapêutico de modo a continuar o seu uso após terminar a corticoterapia. Considerando a messalazina um importante agente etiológico optamos por interromper o seu uso permanentemente. Estes casos focam os pontos mais importantes da associação entre a manifestação cardíaca e a DII, nomeadamente a dificuldade no diagnóstico diferencial entre miopericardite enquanto complicação da terapêutica com messalazina, e a miopericardite como MEI da DII, bem como a vantagem da utilização de prednisolona relativamente aos AINES, dado que o corticoide tem função para ambas.

Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

### HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA DE ETIOLOGIA RARA

#### Autor

Machado J, Ministro P, Ramalho R, Cancela E, Araújo R, Castanheira A, Silva A

#### Resumo

Doente de 83 anos, admitido no SU por quadro de diarreia sanguinolenta (>12 dejetões/dia), com dor abdominal difusa, sem sinais de irritação peritoneal, sem febre, náuseas ou vômitos. Analiticamente sem alterações significativas. A acompanhante referia emagrecimento significativo (>20kg) nos últimos 6 meses. Para esclarecimento do quadro de hemorragia digestiva realizou Colonoscopia até aos 80cm da margem anal que revelou perda de padrão vascular submucoso em toda a extensão observada, cólon descendente com mucosa com aspecto granular, cólon sigmóide com úlceras serpiginosas e alguns orifícios, recto e transição recto-sigmoideia com volumosas massas pseudopolipóides, congestivas, erosionadas e friáveis que condicionavam estreitamento luminal significativo. Perante este quadro endoscópico colocaram-se as hipóteses diagnósticas de isquémica intestinal atípica, colite infecciosa (tuberculose intestinal?), exuberante processo inflamatório (DII?) ou doença linfoproliferativa. A TC abdominal revelou esplenomegalia heterogénea, adenopatias mesentéricas, intercavo-aórticas e para-aórticas. Consultando o processo de consulta externa foi possível concluir que as alterações esplénicas já eram conhecidas desde 2008, tendo sido nessa altura proposto ao doente a realização de biópsia de adenopatia cervical, que o doente recusou, tendo posteriormente abandonado o seguimento. A análise histológica fez o diagnóstico definitivo de linfoma B do manto. O doente faleceu algumas semanas depois por complicação infecciosa, sem que nenhum tratamento dirigido à doença linfoproliferativa pudesse ser iniciado. Os autores salientam a iconografia endoscópica.

Hospital de S. Teotónio - Viseu

## TROMBOSE DA VEIA PORTA: COMPLICAÇÃO DE COLITE ULCEROSA E CAUSA DE COLITE ISQUÊMICA?

### Autor

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

### Resumo

A trombose da veia porta (VP) é uma condição relativamente rara com uma incidência estimada de 0,05-0,5%. Cerca de metade dos casos nos adultos deve-se a cirrose hepática e neoplasias, destacando-se também as infecções e distúrbios da coagulação. A colite ulcerosa é uma causa descrita mas extremamente incomum. Homem, 28 anos, com história de episódios esporádicos de dor abdominal e diarreia. Recorreu ao SU por dor abdominal generalizada e aumento do número de dejeções nas 3 semanas anteriores, com agudização e hematoquézias no próprio dia. Analiticamente: anemia ferropénica (Hb 10,9 mg/dL), leucocitose com neutrofilia e elevação da PCR (341 mg/L). Colonoscopia: exuberante congestão, micro-ulcerações e aspecto pseudopolipóide, contínuo desde o recto distal até ao ângulo esplénico, aspectos mais exuberantes no cólon sigmóide e sugestivos de colite ulcerosa. Biópsias compatíveis com isquémia aguda, coexistindo alterações morfológicas sugestivas de inflamação crónica. Medicado com soros, corticóides e messalazina, com boa resposta clínica e analítica. Ecografia abdominal revelou trombose da VP, confluyente espleno-portal e mesentérica inferior, achados confirmados por angio-TC. Estudo de distúrbios da coagulação e agentes infecciosos negativo. Teve alta anticoagulado. Colonoscopia aos 6 meses: focos de hiperémia no recto e sigma (colite crónica inespecífica); ecografia demonstrou transformação cavernosa da VP. Mantém tratamento de manutenção com messalazina e varfarina. Apresenta-se este caso pela invulgar sobreposição de colite ulcerosa e isquémica. Após estudo exaustivo atribuiu-se a etiologia da trombose portal a colite ulcerosa, especulando-se que a extensão da trombose à veia mesentérica inferior terá precipitado quadro de colite isquémica e agudização clínica.

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Amato Lusitano, ULS Castelo Branco

### ALTERAÇÃO DAS PROVAS HEPÁTICAS NA DOENÇA CELÍACA

#### Autor

Eliseu L.(1), Duque G.(2), Lopes S.(2), Cipriano M.A.(3), Sofia C.(2)

#### Resumo

**Introdução:** A doença celíaca apresenta um espectro variado de manifestações. Neste contexto, a elevação das aminotransferases ocorre numa proporção significativa de casos. Em situações pontuais, o diagnóstico diferencial pode revelar-se difícil, tornando fundamental a realização de biopsia hepática.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, de 21 anos de idade, referenciada a consulta de Gastreenterologia por elevação das aminotransferases, com pelo menos 6 meses de evolução, detectada em avaliação laboratorial de rotina. A doente encontrava-se assintomática e não referia quaisquer antecedentes pessoais ou familiares relevantes. O exame objectivo não revelou alterações. Na avaliação inicial, apresentava TGP 64 U/L (referência <34 U/L) e TGO 40 U/L (referência <31 U/L), com GGT, fosfatase alcalina e bilirrubina normais. Os doseamentos de alfa 1-antitripsina e ceruloplasmina e as provas de função tiroideia encontravam-se dentro da normalidade. As serologias para vírus hepatotrópicos eram negativas. O doseamento de imunoglobulinas e estudo da auto-imunidade revelaram elevação da IgG, défice de IgA e positividade dos anticorpos anti-nucleares, anti-músculo liso, anti-transglutaminase e anti-gliadina. A endoscopia digestiva alta com biopsias da segunda porção duodenal foi compatível com doença celíaca de tipo IIIc. Realizou-se biopsia hepática percutânea, que excluiu o diagnóstico de hepatite auto-imune, revelando apenas alterações inespecíficas, de carácter reactivo. O diagnóstico final foi de doença celíaca, instituindo-se dieta sem glúten.

**Conclusão:** Embora a biopsia hepática, geralmente, tenha interesse limitado na investigação das alterações das provas hepáticas na doença celíaca, fica demonstrado que esta pode revelar-se essencial ao estabelecimento do diagnóstico definitivo e correcta orientação terapêutica.

(1)Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2)Serviço de Gastreenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra (3)Serviço de Anatomia Patológica, Hospitais da Universidade de Coimbra

## INSTANTÂNEOS ENDOSCÓPICOS



## LIPOMA ULCERADO NO CÓLON

### Autor

Figueiredo, P; Fernandes, V; Carlos, S; Galindo, L; Freitas, J.

### Resumo

Doente do sexo masculino, 62 anos de idade, com suboclusão intestinal após encerramento de colostomia de derivação (realizada por gangrena de Fournier). Procedeu-se a colonoscopia que revelou tumor ulcerado no cólon ascendente tendo as biopsias sido inconclusivas . Realiza exame imagiológico e subsequente hemicolectomia esquerda, que permitiram o diagnóstico de volumoso lipoma submucoso ulcerado no ângulo esplénico. Apresenta-se iconografia em vídeo e imagens radiológicas.

Hospital Garcia de Orta - Almada

### ORIFÍCIO APENDICULAR PROCIDENTE

#### Autor

Figueiredo, P; Fernandes, V; Freitas, J.

#### Resumo

Apresenta-se o caso de um homem de 50 anos referenciado para colonoscopia por pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. Procedeu-se a colonoscopia sob sedação que revelou a nível do orifício do apêndice procidência submucosa, regular, de coloração discretamente amarelada. O diagnóstico e terapêutica foram imediatos após as biópsias da lesão – abscesso apendicular. É apresentada iconografia em vídeo.

Hospital Garcia de Orta - Amada

### FÍSTULAS GASTRO-CÓLICA E ENTERO-CÓLICA, COMPLICAÇÃO PÓS CIRURGIA DE ÚLCERA PÉPTICA

#### Autor

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

#### Resumo

Doente de 29 anos de idade, do sexo masculino, submetido há seis anos a gastroduodenostomia por úlcera duodenal refractária à terapêutica médica e hepatojejunostomia em Y-de-Roux por compressão extrínseca e estenose terminal do colédoco. Internado por diarreia, com mais de 10 dejectões por dia, sem sangue, muco ou pús com 5 meses de evolução e perda ponderal superior a 10% do peso corporal. Analiticamente salientava-se anemia normocítica e normocrónica, hipoalbuminemia, hipoproteinemia e elevação ligeira dos parâmetros inflamatórios. Realizou colonoscopia total que mostrou ao nível do ângulo hepático dois orifícios ultrapassáveis pelo colonoscópio, atingindo-se num dos orifícios o estômago e no outro uma ansa de delgado (mostra-se vídeo). Por suspeita de fístulas gastro-cólica e entero-cólica, pediu-se trânsito gastro-intestinal que confirmou a sua existência. O doente foi submetido a tratamento cirúrgico. O estudo histológico das biópsias e da peça operatória excluiu Doença de Crohn, tuberculose ou neoplasia, nomeadamente linfoma. Actualmente encontra-se assintomático com recuperação ponderal.

Hospital do Divino Espírito Santo EPE - Ponta Delgada

### ENCERRAMENTO DE PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO DE D2 COM CLIPS E ANSA DESTACÁVEL

#### Autor

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

#### Resumo

Doente do sexo feminino, com 58 anos de idade, submetida a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica por suspeita de coledocolitíase. Durante o exame ocorreu perfuração de divertículo de D2. Procedeu-se ao encerramento do orifício com ansa destacável e clips metálicos (vídeo). A doente foi internada e submetida a terapêutica conservadora com pausa alimentar e antibioterapia endovenosa. Evoluiu clinicamente bem, tendo alta ao 7º dia de internamento.

Hospital do Divino Espírito Santo EPE - Ponta Delgada

## ÚLCERA NECRÓTICA DO FORNIX GÁSTRICO APÓS TERAPÊUTICA HEMOSTÁTICA COM POLIDOCANOL DE VARIZ JUNCIONAL

### Autor

Velosa, M.1; Cardoso, H.2; Baldaque-Silva, F.2; Macedo, G.2

### Resumo

**Introdução:** A escleroterapia em varizes gastroesofágicas associa-se por vezes a presença de complicações, que podem incluir úlceras, perfuração, derrame pleural ou pericárdico e mediastinite. **Caso clínico:** Doente do género masculino, com 54 anos de idade, com história de cirrose hepática por VHC e álcool, que se apresenta com primeiro episódio de hemorragia digestiva alta de etiologia varicosa. Em urgência nocturna fez endoscopia à admissão, onde foi efectuada escleroterapia com polidocanol em cordão varicoso juncional com hemorragia activa. No controlo após 5 dias a endoscopia revelou variz juncional com escara que se prolongava para o fundo gástrico, onde se observava úlcera com aproximadamente 35 mm por 50 mm com restos necróticos. Foi efectuada terapêutica com pantoprazol 40 mg 2id, sucralfato 3id e nutrição parentérica total. As varizes esofágicas foram submetidas a laqueação elástica. As biopsias revelaram fundo de lesão ulcerada, com gastrite crónica ligeira, sem metaplasia intestinal ou displasia. Os controlos endoscópicos subsequentes revelaram diminuição dos aspectos necróticos bem como da dimensão da úlcera, que apresentou cicatrização progressiva.

1- Hospital Central do Funchal 2- Hospital São João

### LESÃO DE DIEULAFOY - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO COM LAQUEAÇÃO ELÁSTICA

#### Autor

Eusébio M., Sousa A.L., Caldeira P., Peixe B., Guerreiro H.

#### Resumo

Os autores apresentam o caso de um homem de 74 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, insuficiência renal crónica e psoríase, que recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de hemorragia digestiva alta, sem outra sintomatologia associada e sem repercussão hemodinâmica. Ao exame objectivo destacava-se palidez cutâneo-mucosa e, analiticamente, registou-se descida do valor da hemoglobina de 10,1 g/dL para 8,7 g/dL. Realizou-se endoscopia digestiva alta que revelou, imediatamente abaixo do cárdia, uma lesão procidente, pulsátil e com erosão apical, compatível com lesão de Dieulafoy. Realizou-se terapêutica endoscópica com laqueação elástica verificando-se pequena hemorragia em toalha que cessou espontaneamente. O doente permaneceu internado 72h, medicado com inibidor da bomba de prótons em perfusão, sem recidiva hemorrágica. Efectuou-se endoscopia alta de controlo (4ª semana) que revelou, na zona da anterior lesão, área discretamente elevada com erosão central cicatricial. A lesão de Dieulafoy é uma causa incomum de hemorragia gástrica, responsável por menos de 5% dos casos de hemorragia gastrointestinal em adultos. Em lesões de fácil acesso, os métodos endoscópicos são a terapêutica de escolha. De acordo com a literatura, a laqueação elástica para hemostase de lesão de Dieulafoy hemorrágica, é um método eficaz e seguro. Apresenta-se iconografia que documenta a evolução endoscópica da lesão, significativamente melhorada após a terapêutica endoscópica referida.

Serviço de Gastrenterologia – Hospital de Faro, EPE

### **Apresentação cólica de endometriose na pós-menopausa**

#### **Autor**

Figueiredo, P; Fernandes, V; Cardoso, R; Pereira, P; Campos, C; Freitas, P.

#### **Resumo**

Apresenta-se o caso de uma mulher, 62 anos de idade, com queixas de dor abdominal, perda ponderal e episódios de febrícula. Analiticamente verificava-se elevação dos parâmetros inflamatórios. Tinha realizado colonoscopia de rastreio há 3 anos que não revelou alterações. Procedeu-se a colonoscopia que revelou lesão vegetante volumosa de consistência mole. As biópsias foram inconclusivas. Foi submetida a sigmoidectomia com colostomia terminal, cistectomia parcial e hysterectomia total com ooforosalingectomia bilateral. O estudo das peças operatórias revelou endometriose tumoriforme e quística com extensa hemorragia e reacção inflamatória mista, tendo como ponto de partida o anexo esquerdo e contactando o cólon sigmóide e a bexiga. Apresenta-se iconografia em vídeo e imagens radiológicas.

Hospital Garcia de Orta - Almada

## ESOFAGITE EM DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO

### Autor

Meira T.1, Vieira A.1, Borralho P.2, Botas J.3, Freitas J.1 (1)Serviço de Gastreenterologia, (2) Serviço de Anatomia Patológica, (3) Serviço de Infecçiology, Hospital Garcia de Orta E.P.E, Almada

### Resumo

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 41 anos, com diagnóstico de infecção por VIH aos 29 anos, sob terapêutica anti-retroviral, que foi internado no Serviço de Infecçiology por crise convulsiva no contexto de leucoencefalopatia multifocal progressiva. Durante o internamento constatou-se disfagia para sólidos, de início súbito, sem outra sintomatologia acompanhante. Ao exame objectivo, apresentava lesões extensas infiltrativas do membro inferior direito. Analiticamente salientava-se pancitopénia, CD4 203 cel/cm<sup>3</sup> e carga viral <50 cópias/ml. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, que mostrou úlcera do esófago, aos 22 cm da arcada dentária, circunferencial, com cerca de 30 mm, assim como mucosa granular na junção gastroesofágica. Foram efectuadas biópsias nas duas áreas afectadas, cujo resultado histológico revelou um processo inflamatório, tendo-se identificado formas intracelulares de Leishmania. O doente iniciou terapêutica com anfotericina lipossómica com melhoria clínica, tendo alta com indicação para fazer terapêutica profilática. Os doentes infectados por VIH apresentam maior susceptibilidade para infecções oportunistas, sendo o esófago um órgão frequentemente afectado, mas raramente por Leishmania. A co-infecção por Leishmania varia entre 1-3% sendo o envolvimento da mucosa a nível duodenal e gástrico o mais frequente. O número de casos de co-infecção HIV-Leishmania tem vindo a aumentar, sendo considerada uma doença infecciosa emergente.

Hospital Gracia Orta - Almada

### INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO COMPLICADA DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

#### Autor

Trabulo, D.; Cardoso, C.; Mangualde, J.; Freire, R.; Cremers, I.; Oliveira A.P.

#### Resumo

Os autores propõem-se apresentar o caso de um jovem de 16 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por disfagia para sólidos e líquidos condicionada pela ingestão de caroço de ameixa. Como antecedentes pessoais relevantes, salienta-se atopia e um episódio de impacto alimentar semelhante aos 9 anos. Foi submetido a endoscopia, tendo-se removido o caroço com recurso a ansa de polipectomia. Durante a extracção, o doente referiu dor torácica intensa, verificando-se a existência de uma perfuração no local onde se encontrava impactado o caroço. Colocaram-se 3 cliques que encerraram a perfuração. No dia seguinte, o doente apresentou enfisema subcutâneo na região torácica e dor no hipocôndrio esquerdo. A radiografia de tórax foi sugestiva de pneumomediastino e a TAC confirmou a presença de pneumomediastino e volumoso pneumoperitонеu dissecando todos os recessos peritoneais. A evolução durante o internamento foi favorável com terapêutica conservadora e teve alta assintomático. A mucosa esofágica foi posteriormente biopsada e foi compatível com esofagite eosinofílica. A causa mais frequente de perfuração esofágica é a perfuração iatrogénica secundária a procedimentos endoscópicos. Cerca de 10 a 20% dos corpos estranhos deglutidos podem obstruir o lúmen e perfurar a parede. Este caso confirma a importância do diagnóstico precoce da perfuração esofágica, a qual exige uma intervenção precisa e individualizada para cada doente, devido à sua significativa morbi-mortalidade. A endoscopia tem um papel fundamental nestes casos, nomeadamente no diagnóstico e terapêutica.

Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de S. Bernardo

## **Ressecção de Tumor Carcinóide do Recto por Ligação Elástica**

### **Autor**

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

### **Resumo**

Os tumores carcinóides do recto representam 1-2% de todos os tumores do recto. Até recentemente o tratamento era cirúrgico, aceitando-se actualmente a abordagem endoscópica em alguns casos. Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 43 anos, a quem foi diagnosticado um tumor carcinóide do recto por biópsia durante fibrosigmoidoscopia. Por se revelar tecnicamente difícil a sua remoção por ansa, procedeu-se à ressecção utilizando ligação elástica. O exame histológico mostrou um tumor carcinóide bem diferenciado, com 10 mm de maior diâmetro, localizado na mucosa e submucosa, sem evidência de invasão vascular, com margens de ressecção livres de tumor. Neste caso, um tumor carcinóide do recto menor do que 1 cm, a ressecção endoscópica utilizando a ligação elástica foi segura, eficaz e de intenção curativa. Apresenta-se iconografia (Video).

Hospital do Divino Espírito Santo – Ponta Delgada

### TRATAMENTO DE ESTENOSE ESOFÁGICA BENIGNA REFRACTÁRIA COM PRÓTESE BIODEGRADÁVEL: COLOCAÇÃO E FOLLOW-UP

#### Autor

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

#### Resumo

Doente de 43 anos de idade submetido a esofagectomia parcial por carcinoma espinho-celular (T1N0) em Fevereiro de 2010. Cerca de 3 meses após cirurgia desenvolveu quadro de disfagia causada por estenose não franqueável da anastomose cirúrgica. Iniciou sessões de dilatação quinzenais (com velas Savary e balões TTS) com eficácia limitada e prejuízo da qualidade de vida do doente. Em Novembro de 2010 foi realizada terapêutica incisional com needle-knife, também ineficaz, e após duas sessões de dilatação adicionais, optou-se pela colocação de prótese biodegradável (BD stent SX-ELLA, 60 mm de comprimento, 25 mm de maior diâmetro) sob controlo fluoroscópico. Oito semanas após colocação da prótese o doente encontrava-se assintomático, referia aumento de peso e satisfação pela melhoria alcançada e ausência de necessidade de dilatações. A endoscopia de controlo nesta altura observou a prótese parcialmente degradada e envolvida por mucosa esofágica com aspectos regenerativos. Seis meses após colocação da prótese mantém-se assintomático, sem necessidade de dilatações adicionais. A prótese SX-ELLA é a primeira prótese completamente biodegradável. Actualmente está indicada como terapêutica alternativa para estenoses refractárias à terapêutica convencional com dilatadores. A prótese mantém a sua integridade e força radial durante 8 semanas e inicia a sua degradação às 12 semanas. Os estudos preliminares, embora com números e follow-up limitados, mostram uma razão risco/benefício favorável, com redução da necessidade de sessões de dilatação, sem complicações major associadas e oferecendo a vantagem de uma menor necessidade de intervenções comparativamente a próteses temporárias.

Hospital de Santo Adré, E.P.E - Leiria

### METASTIZAÇÃO GÁSTRICA DE MELANOMA MALIGNO

#### Autor

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

#### Resumo

Doente de 54 anos, sexo masculino, com diagnóstico recente de melanoma do pé esquerdo com metastização pulmonar, hepática e ganglionar mediastínica. Recorreu ao Serviço de Urgências por quadro de vômitos escuros. Encontrava-se pálido, mas hemodinamicamente estável, com Hb de 8.6 g/dL. A endoscopia digestiva alta revelou múltiplas lesões nodulares no fundo e corpo, algumas ulceradas com pigmento escuro sugestivas de constituir metástases de melanoma, sem conteúdo hemático significativo ou estigmas major de hemorragia. A hipótese diagnóstica foi confirmada pela avaliação histológica. O doente foi internado para avaliação complementar pela Dermatologia e Oncologia e aguarda consulta de decisão terapêutica no Instituto Português de Oncologia de Coimbra. A presença de metástases gástricas é rara no entanto a facilidade do acesso à endoscopia digestiva associada ao relativo aumento da sobrevida dos doentes oncológicos com as actuais terapêuticas oncológicas faz com que o seu reconhecimento seja cada vez mais frequente. A sua presença é um marcador de doença avançada e factor de mau prognóstico e sobrevida reduzida. Os autores apresentam iconografia endoscópica infrequente e exuberante de metastização gástrica de melanoma maligno.

Hospital de Santo André, E.P.E - Leiria

### LINFOMA MALT DO RECTO- UMA LOCALIZAÇÃO INVULGAR

#### Autor

Cardoso C, Trabulo D, Freire R, Oliveira AP

#### Resumo

Mulher de 72 anos, submetida a colonoscopia total por hematoquézias. Observaram-se dois pólipos sésseis no recto, com 15 e 8 mm, que se removeram com ansa diatérmica. O exame histológico de qualquer das lesões mostrou tratar-se de linfoma de células B da zona marginal do tipo MALT, com margens livres. A endoscopia digestiva alta, a tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, a imunofenotipagem de sangue periférico e o mielograma não revelaram alterações. Perante estes dados, optou-se por manter vigilância, encontrando-se, 12 meses após o diagnóstico, assintomática e sem evidência de recidiva da doença. O linfoma MALT representa cerca de 30% dos linfomas gastrointestinais, sendo a localização gástrica a mais comum. O envolvimento do recto é raro, com apenas 30 casos descritos na literatura. A presença de duas lesões síncronas confere ainda maior singularidade ao presente caso.

Centro Hospitalar de Setúbal-Serviço de Gastreenterologia

## CÁPSULA ENDOSCÓPICA: UM ACHADO INVULGAR.

### Autor

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

### Resumo

Os autores relatam o caso de um doente de 45 anos, previamente saudável, que é referenciado à consulta de Gastrenterologia por queixas álgicas abdominais, astenia e perda ponderal não especificada, com cerca de 1 ano de evolução. Foi efectuada Ecografia digestiva, que evidenciou estrutura hiperecogénica, filiforme no interior do lúmen do delgado. Posteriormente optou-se pela realização de cápsula endoscópica, com identificação de um longo parasita intestinal, cujo aspecto macroscópico era compatível com *Taenia solium* (Ténia solitária). A teníase é uma parasitose intestinal, decorrente da ingestão de cisticercos; o verme adulto, aloja-se no intestino humano podendo atingir 5 a 6 metros de comprimento, provocando aumento da motilidade intestinal e inflamação crônica eosinofílica. Apresenta-se este caso pela raridade e curiosidade da iconografia recolhida.

Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco.

### **CORPO ESTRANHO NO BULBO DUODENAL: CONTRIBUTO DA ULTRASSONOGRRAFIA PARA O DIAGNÓSTICO.**

#### **Autor**

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

#### **Resumo**

**INTRODUÇÃO:** Dos corpos estranhos ingeridos 90% passam espontaneamente através do trato gastrointestinal, 10 – 20% requerem a remoção endoscópica e 1% exigem cirurgia. A maioria fica alojada nas constrições fisiológicas do esófago ou em locais de estreitamento anormal (estenoses, anéis ou tumores malignos). O bulbo duodenal é uma localização reconhecida, mas rara de impactação dos corpos estranhos, com incidência em estudos populacionais entre 0,5 e 4,6%. **CASO CLÍNICO:** Doente do sexo feminino, de 43 anos, com antecedentes de Lúpus Eritematoso Sistémico, Transplante Renal, HTA e Dislipidémia, internada para esclarecimento de Síndrome febril. Realizou-se ecografia digestiva por desconforto abdominal detectando-se na região do bulbo duodenal edema da parede, visualizando-se no seu interior uma imagem linear, regular e rectilínia com cerca de 3cm, aguçada na ponta que poderia corresponder a objecto estranho (espinha?). Na endoscopia digestiva alta, a nível da vertente duodenal do piloro visualizou-se área de mucosa muito congestiva e elevada com pequena úlcera (4mm) coberta de exsudato branco. A doente foi submetida a laparotomia exploradora com exerése de corpo estranho (espinha) do bulbo duodenal. O procedimento decorreu sem intercorrências e a doente teve alta clinicamente melhorada. **CONCLUSÃO:** Apresentamos este caso clínico pela sua raridade, no que diz respeito à localização do corpo estranho (bulbo duodenal sem patologia subjacente), pela necessidade de remoção cirúrgica e pela riqueza da iconografia que o acompanha.

Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco.

## HEMATOQUÉZIAS DE CAUSA RARA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

### Autor

Cardoso C, Trabulo D, Freire R, Oliveira AP

### Resumo

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 74 anos, saudável, submetida a colonoscopia total por hematoquézias. No canal anal e recto baixo observaram-se ulcerações profundas e superficiais, alternando com áreas polipóides, que foram biopsadas. O exame histológico revelou aspectos compatíveis com infecção por citomegalovírus. A endoscopia digestiva alta mostrou várias úlceras gástricas com a mesma etiologia. A doente foi internada e medicada com ganciclovir durante 15 dias, com remissão endoscópica. A infecção sintomática pelo citomegalovírus é rara em doentes imunocompetentes. Quando afecta o tubo digestivo, o cólon é o local mais atingido, sendo o envolvimento multiorgânico uma forma de apresentação pouco frequente na ausência de imunossupressão.

Centro Hospitalar de Setúbal-Serviço de Gastreenterologia

## LINFANGIOMA ESOFÁGICO: UMA ENTIDADE RARÍSSIMA

### Autor

Barbosa M1, Moutinho-Ribeiro P1, Lago P2, Cotter J1

### Resumo

Doente do sexo masculino, 57 anos, referenciado por lesão subepitelial no esófago distal, com cerca de 10mm, detectada em endoscopia digestiva alta realizada em ambulatório por vigilância de doença ulcerosa péptica. Realizou ecoendoscopia alta que mostrou, entre os 34 e 35cm da arcada dentária lesão heterogénea, predominantemente hipoecogénica, de bordos regulares e limites bem definidos, na dependência da camada submucosa, com maiores diâmetros transversais de 12,5 e 6,5mm. Sem adenopatias mediastínicas ou ao nível do tronco celíaco. Por ausência de características ecográficas que permitissem um diagnóstico “definitivo”, realizou ecoendoscopia alta com punção aspirativa com agulha fina, cujo resultado foi inconclusivo por ausência de representação celular. Durante este exame foi constatado aumento das dimensões da lesão e a presença de uma adenopatia satélite de características aparentemente reactivas. Optou-se por tentativa de remoção endoscópica da lesão, no bloco operatório. Utilizou-se ansa diatérmica montada em “cap” de mucosectomia. Contudo, em função das características da lesão (localização profunda e forma anatómica), não foi possível efectuar a sua exérese completa, tendo-se optado pela realização de macrobiópsia, que decorreu sem intercorrências. O exame histológico do fragmento removido, com representação das camadas da parede esofágica até à muscular própria inclusivé, mostrou ausência de estruturas de natureza neoplásica maligna e aspectos compatíveis com o diagnóstico de linfangioma, entidade muito rara, havendo apenas 20 casos descritos na literatura. O doente encontra-se assintomático e em vigilância, tendo já realizado ecoendoscopia alta de controlo que não revelou alterações relativamente ao exame prévio.

1-Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave-Guimarães

2-Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar do Porto-Porto

## COMPLICAÇÃO RARA DE PRÓTESE ESOFÁGICA

### Autor

Velosa, M.1; Marques, M.2; Ribeiro, A.2; Macedo, G.2

### Resumo

**Introdução:** As complicações relacionadas com colocação de prótese esofágica podem ser imediatas como a perfuração, pneumonia de aspiração e dor ou tardias, como hemorragia, formação de fístulas, refluxo gastroesofágico, migração, obstrução por impacto alimentar e crescimento tumoral além dos limites da prótese. Existem contudo outras complicações mais raras, como o “funnel phenomenon”, disrupção da prótese e obstrução por invaginação de mucosa gástrica através da prótese. **Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de um doente do género masculino, com 65 anos de idade, com carcinoma epidermóide esofágico dos 32 aos 38 cm da arcada dentária, uT2N0M0, que recusou tratamento cirúrgico. Foi decidido em Reunião de Grupo Oncológico multi-disciplinar realizar quimioterapia + radioterapia radicais e colocação de prótese esofágica. Cerca de 2 meses após a colocação de prótese esofágica, o doente refere agravamento de disfagia, com tolerância apenas para líquidos. Fez endoscopia digestiva alta, que evidenciou mucosa tipo gástrico invaginada no topo distal da prótese com necrose da mucosa esofágica que ocupava cerca 75% do lumen. A prótese foi removida e posteriormente colocou-se nova prótese, cujo topo distal englobava a totalidade da lesão.

1- Hospital Central do Funchal 2- Hospital São João



CABELEIREIRO DE HOMENS

60%  
DESCUENTO

Millennium  
Tap

M

M

Este livro teve o apoio dos Laboratórios Vitória, S.A.



