



XXIV

Reunião anual
do Núcleo
de Gastrenterologia
dos Hospitais Distritais

SYLLABUS DE COMUNICAÇÃO

SERVICO
GASTRO



HOSPITAL
Central do
Funchal

Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Serviço de Saúde da Região Autónoma da
Madeira, E.P.E. (SESARAM, EPE)

Patrocínio



JANSSEN-CILAG
FARMACEUTICA, Lda.



NGHD

ÍNDICE

Programa	7
Comunicações	10
HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAIXAS AGUDAS NOS HOSPITAIS DISTRITAIS EM PORTUGAL: ESTUDO PROSPECTIVO	11
ESTUDO PROSPECTIVO DA ACUIDADE DA ECOGRAFIA HIDROCÓLICA NA DETECÇÃO DE LESÕES CÓLICAS	12
IMPACTO DA IATROGENIA MEDICAMENTOSA NAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAIXAS AGUDAS-ESTUDO PROSPECTIVO NACIONAL EM HOSPITAIS DISTRITAIS	13
COMPLEMENTARIDADE ENTRE ECOENDOSCOPIA E CPRE. E XPERIENCIA INICIAL	14
A ECOENDOSCOPIA NOS MEANDROS DAS LESÕES SUBEPITELIAIS GÁSTRICAS	15
CARCINOMA COLORECTAL NA COLITE ULCEROSA: AVALIAÇÃO DO STATUS DE METILAÇÃO DA REGIÃO DO PROMOTOR DOS GENES SOX2 E PDX-1 E DA SUA RELAÇÃO COM NEOPLASIA	16
CONDIÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA DE URGÊNCIA NOS HOSPITAIS DISTRITAIS	17
GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA: REFLEXÃO RETROSPECTIVA DE UMA EXPERIÊNCIA HOSPITALAR	18
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) NO IDOSO - ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2 ANOS	19
ULTRASONOGRAFIA ENDOSCÓPICA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO	20
ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL – EXPERIÊNCIA DE 1 ANO	21
Casos clínicos	22
GLICOGENOSE HEPÁTICA – CAUSA RARA DE HEPATOMEGÁLIA EM DIABÉTICOS TIPO 1	23
QUISTO HIDÁTICO DO FIGADO: ABORDAGEM POR CPRE	24
POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA: MANIFESTAÇÕES GASTRINTESTINAIS	25
UTILIDADE DA ECOENDOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE NMPI	26
CAUSA RARA DE COAGULOPATIA SEVERA E ICTERÍCIA EM DOENTE ALCOÓLICO	27
ASCITE REFRACTÁRIA E HIPONATRÉMIA SEVERA EM DOENTE CIRRÓTICO: RESOLUÇÃO APÓS TIPS	28
CIRROSE HEPÁTICA E CARCINOMA HEPATOCELULAR DE ETIOLOGIA INFREQUENTE	29
GIST E NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO: ASSOCIAÇÃO POUCO FREQUENTE	30
ANEURISMA DA ARTÉRIA HEPÁTICA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	31
HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA: GIST DO JEJUNO	32
SÍFILIS SECUNDÁRIA	33



ÍNDICE

34	Instantâneos
35	IMPLANTAÇÃO NEOPLÁSICA EM OSTOMIA – UMA COMPLICAÇÃO RARA DA PEG
36	BRUNNEROMA – PÓLIPO DUODENAL GIGANTE
37	DILATAÇÃO PNEUMÁTICA DA AMPOLA APÓS ESFINCTEROTOMIA LARGA NA REMOÇÃO DE CÁLCULOS DA VIA BILIAR
38	BEZOAR GÁSTRICO DE DIFÍCIL RESOLUÇÃO
39	POLIPOSE GÁSTRICA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN DO TIPO FOLICULAR
40	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES SURPREENDENTE
41	FÍSTULA ESOFÁGICA POR EROSIÃO DE PLACA E PARAFUSOS DE ARTRODESE C4-C5
42	HEMORRAGIA POR DIEULAFOY DA PÁPILA DE VATER
43	ENCERRAMENTO COM CLIPS DE ÚLCERA GÁSTRICA PERFORADA
44	METALOBZOAR GÁSTRICO
45	CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: METÁSTASE GÁSTRICA DE NEOPLASIA PULMONAR
46	DRENAGEM ENDOSCÓPICA DA VESÍCULA BILAR - A PROPÓSITO DE 2 CASOS
47	NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO COM METASTIZAÇÃO RECTAL
48	DUPLO ESÓFAGO
49	METASTIZAÇÃO CÓLICA DE SARCOMA UTERINO
50	CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS COM METASTIZAÇÃO GÁSTRICA E CUTÂNEA
51	UMA ABORDAGEM ENDOSCÓPICA NÃO USUAL MAS EFICAZ



ÍNDICE

Posters	52
GASTRENERITE EOSINOFÍLICA	53
VARIZES GÁSTRICAS ISOLADAS	54
ENDOMETRIOSE DO SIGMÓIDE – UM DIAGNÓSTICO ORIENTADO PELA ECOGRAFIA HIDROCÓLICA	55
ALTERAÇÃO DAS PROVAS HEPÁTICAS – UM CASO DE OVERLAP SYNDROME	56
CAUSA RARA DE COLESTASE INTRAHEPÁTICA EM DOENTE COM TROMBOSE DA VEIA PORTA	57
TUMORES DE COLISÃO - UMA ENTIDADE RARA	58
PANCREATITE AGUDA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO	59
ADENOMIOMA PERIAMPULAR EXCISADO ENDOSCOPICAMENTE	60
CIRROSE HEPÁTICA C, HEPATOTOXICIDADE E MONONEUROPATIA MÚLTIPLA	61
HEMORRAGIA ACTIVA DO DELGADO IDENTIFICADA EM VIDEOENTEROSCOPIA POR CÁPSULA	62
DOR ABDOMINAL: UMA CAUSA MENOS FREQUENTE	63
UM CASO DE COLESTASE	64
DOENÇA DE CAROLIE CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA – UMA ASSOCIAÇÃO POUCO FREQUENTE	65
ESTEATOSE HEPÁTICA NÃO-ALCOÓLICA ASSOCIADA A HIPOTIROIDISMO	66
PANCREATITE AGUDA ASSOCIADA AO PERINDOPRIL	67
HEMATOQUÊZIA: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA, ALTA OU MÉDIA? - CASO CLÍNICO DE UMA CAUSA RARA	68
LINFOMA MALT E NEOPLASIA DA MAMA: CASUALIDADE OU ASSOCIAÇÃO CLÍNICA?	69
TRANSPLANTE HEPÁTICO: COMPLICAÇÃO INFECCIOSA	70
VALIDAÇÃO PROSPECTIVA DE UM ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE COLEDOCOLITIASE	71
IMPACTO CLÍNICO DA VIDEOENTEROSCOPIA POR CÁPSULA EM DOENTES COM HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OSCURA	72
EXPERIÊNCIA INICIAL EM ECOENDOSCOPIA NUMA REGIÃO ULTRAPERIFÉRICA	73
PANCREATITES AGUDAS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2 ANOS	74
CARACTERIZAÇÃO ANATOMO-PATOLÓGICA DO CANCRO ESOFÁGICO E GÁSTRICO NUMA ÁREA DE ALTA INCIDÊNCIA	75
ENDOSCOPIA DIGESTIVA NA ANEMIA FERROPÊNICA - ESTUDO RETROSPECTIVO	76
ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA – FACTORES QUE INFLUENCIAM O TEMPO DE TRÂNSITO E RISCO DE RETENÇÃO	77

08h15	Abertura do Secretariado
09h00	Sessão de Abertura
09h30	Sessão Comemorativa do XXV Aniversário do Núcleo de Gastrenterologia Hospitais Distritais Mesa Redonda A importância das Sociedades Científicas no Desenvolvimento da Gastrenterologia Nacional <i>Presidente – Dr. Castel-Branco da Silveira</i> <i>Moderadores – Dr. Antonio Banhudo, Dr. Ricardo Teixeira</i> <i>Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia</i> <i>Presidente da Sociedade de Endoscopia Digestiva</i> <i>Presidente do Núcleo de Gastrenterologia</i> <i>Presidente APEF</i>
11h00	Coffee Break
11h30	Conferência Aspectos Epidemiológicos e Culturais do Alcoolismo <i>Presidente – Antonio Curado</i> <i>Conferencista - Dr. Emanuel Alves</i>
12h00	Casos clínicos <i>Presidente - Dr. Ricardo Teixeira</i> <i>Moderadores – Dr.ª Luisa Gloria ; Dr. Jorge Silva</i>
13h30	Almoço de trabalho
15h00	Mesa Redonda Alcool e Fígado <i>Presidente – Dr. Jose Cotter</i> <i>Moderadores – Dr. Luis Jasmíns ; Dr. José Estevens</i> Metabolismo - Dr.ª Cristina Fonseca - Almada Anatomia Patológica - Dr.ª Michelle Cordeiro - Funchal Hepatite Alcoólica - Dr. João Mangualde - Setúbal Cirrose Hepática - Dr.ª Sofia Ribeiro - Açores Carcinoma Hepato Celular - Dr. Nuno Ladeira - Funchal
16h30	Coffee Break
17h00	Assembleia Geral do NGHD
19h45	Simposium Perturbações Funcionais do Aparelho Digestivo Baixo
21h00	Jantar de abertura

08h45	Comunicações livres <i>Presidente – Dr. Carlos Casteleiro Alves</i> <i>Moderadores – Dr. João Baranda; Dr.ª Isabel Bastos</i>
10h45	Coffee Break
11h15	Mesa Redonda Complicações da Cirrose <i>Presidente – Dr. Venâncio Mendes</i> <i>Moderadores – Dr. Jose Soares ; Dr Américo Silva</i> Ascite e Peritonite Bacteriana - Dr.ª Rita Ornelas - Faro Encefalopatia Hepática - Dr.ª Paula Peixoto - Viseu Síndrome Hepato Renal - Dr.ª Lurdes Gonçalves - Évora Varizes e Gastropatia Hipertensiva - Dr. Jose Ramada - Viana do Castelo
12h30	Conferência Prevenção e Tratamento do Alcoolismo <i>Presidente – Dr. Ricardo Teixeira</i> <i>Conferencista - Dr. Guilherme Ponce</i>
13h00	Almoço de trabalho
14h15	Conferência " Prognostic d'une hépatite alcoolique aigue: résultats d'une étude réalisée dans les centres hospitaliers généraux français" <i>Presidente – Dr.ª Isabelle Cremmers</i> "I.Rosa, G Pileire, M Cassagnou, J Denis, A Pariente, O Danne, JP Arpurt, G Bellaïche et H Hagege"
14h45	Iconografia Endoscópica <i>Presidente - Dr. Julio Barbosa</i> <i>Moderadores - Dr.ª Isabel Cotrim; Dr. Antonio Castanheira</i>
16h45	Coffee Break
17h15	Workshop A actividade endoscópica dos Hospitais do NGHD (estudo BDNGHD) <i>Presidente - Dr. Carlos Carvalheira</i> <i>Moderadores - Dr.ª Raquel Gonçalves ; Dr.ª Maria Antónia Duarte</i> <i>Painel de Discussão - Dr.ª Ana Paula Oliveira; Dr.ª Helena Vasconcelos, Dr. Rui Ramos</i> Análise da prática geral da Endoscopia Digestiva Alta – Dr. Paulo Caldeira Análise da prática geral da Endoscopia Digestiva Baixa – Dr.ª Isabelle Cremers Análise do doente com Hemorragia Digestiva Alta – Dr. José Pedrosa
18h15	Encerramento dos Trabalhos
20h30	Jantar de Encerramento



Comunicações

1



1

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAIXAS AGUDAS NOS HOSPITAIS DISTRITAIS EM PORTUGAL: ESTUDO PROSPECTIVO

Autor

Arroja B, Cremers MI, Ramos R, Pedrosa J, Glória L, Rosa I, Cardoso C, Tristan J, Eliseu L, Fonseca C, Marinho C, Serrão G, Cancela E, Rego AC e NGHD

Resumo

Introdução: As HDB constituem um evento comum na prática da gastroenterologia apesar dos poucos estudos reportados na literatura. **objectivo:** caracterizar as HDB registadas em hospitais distritais de Portugal pertencentes ao NGHD, através de um estudo prospectivo observacional, descritivo e multicêntrico. **Material e métodos:** recolha de dados no período entre Abril/2008-Maio/2009, com registo em base electrónica e análise estatística com software SPSS*. **Resultados:** registaram-se 371 episódios hemorrágicos distribuídos por 364 doentes. 51.6% de casos do sexo masculino, com idade média de 72 anos. Proveniência do exterior de 86.8% dos doentes, sem registo de instabilidade hemodinâmica ou lipotímia em 71.6%. A fibrossigmoidoscopia foi o primeiro exame realizado em 61.3% dos doentes e 88.7% dos doentes não necessitaram de sedação. A causa da hemorragia foi identificada em 93.2% dos pacientes. Os diagnósticos mais frequentes foram: diverticulose cólica com hemorragia (39.3%), colite isquémica (24.4%), pólipos (18.4%), neoplasia maligna (14%). A taxa de recidiva hemorrágica foi de 5.7% e a de mortalidade 2.2%. Análise de regressão de Cox revelou associação entre maior mortalidade com hospitalização e terapêutica heparinóide ($p < 0.005$). **Conclusões:** a HDB é uma patologia frequente em indivíduos acima dos 70 anos, que cursa com internamento na maioria das situações apesar de evoluir com uma baixa taxa de mortalidade.

Local de trabalho:

Hospital de Santo André, EPE



ESTUDO PROSPECTIVO DA ACUIDADE DA ECOGRAFIA HIDROCÓLICA NA DETECÇÃO DE LESÕES CÓLICAS

Autor

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

Resumo

Introdução: A ecografia hidrocólica (EH) pode ter um papel relevante no diagnóstico, estudo e orientação do doente com suspeita de patologia do cólon. Contudo, a sua utilidade e o lugar que pode ocupar na prática clínica está, ainda, pouco esclarecido. **objectivo:** Papel da EH como abordagem auxiliar no estudo do cólon. **Métodos:** Estudo prospectivo com doentes propostos para colonoscopia óptica (CO), que assinaram consentimento informado. Utilizado SPSS 15.0. **Resultados:** 106 doentes (56 ♂), idade 68,9+11,1A. **Indicação:** 49% rastreio do cancro colorectal, 46,2% sintomatologia, 4,8% metástases hepáticas. **Exames sem alterações:** 77EH, 55CO. **Sensibilidade (S) e especificidade (S) gerais da EH na detecção de pólipos** foi 21.7% e 93.7%, respectivamente. **Atendendo à dimensão, a EH apresentou para pólipos com >10mm S, E, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo** de 80%, 98.9%, 92.3% e 96.9%, respectivamente. **CO diagnosticou 12 neoplasias, todas identificadas na EH. O tempo médio da EH foi 13,7+5 min e 94,3% doentes referiram desconforto mínimo.** **Conclusão:** A EH é um exame inócuo, pouco demorado, bem tolerado pelo doente e pouco dispendioso que permite detectar pólipos com >10mm. Provou ótima acuidade na detecção de neoplasias do cólon. Em casos seleccionados pode complementar ou apresentar-se como alternativa, à colonoscopia, no doente com clínica sugestiva de patologia do cólon. (Projecto patrocinado pelo NGHD)

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco

2



3

IMPACTO DA IATROGENIA MEDICAMENTOSA NAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAIXAS AGUDAS- ESTUDO PROSPECTIVO NACIONAL EM HOSPITAIS DISTRICTAIS

Autor

Cardoso C., Cremers I., Arroja B., Ramos R., Pedrosa J., Glória L., Rosa I., Tristan J., Eliseu L., Fonseca C., Marinho C., Ferrão G., Cancela E., Rego AC., NGHD

Resumo

Introdução: A iatrogenia medicamentosa constitui um importante factor de risco para a hemorragia digestiva baixa aguda, uma das principais urgências em Gastroenterologia. **objectivos:** Determinar o impacto da utilização de anti-inflamatórios não esteróides, anti-agregantes plaquetários e anticoagulantes na gravidade e no prognóstico das hemorragias digestivas baixas agudas. **Métodos:** Estudo prospectivo multicêntrico observacional sobre hemorragias digestivas baixas agudas em hospitais distritais durante um ano (Maio de 2008 a Abril de 2009). **Resultados:** Foram incluídos 364 doentes, dos quais 197 (54,2%) efectuava pelo menos um tipo de tratamento (35,2% anti-agregante plaquetário, 15,4% anti-inflamatório não esteróide, 6,2% anticoagulante oral, 2,4% heparina de baixo peso molecular e 1,1% heparina não fraccionada). Nestes casos, os valores tensionais e de hematócrito médios foram mais baixos (67,6 vs 70,7 mmHg, $p=0.044$ e 32,8 vs 34,5%, $p=0.046$, respectivamente). Em doentes sob heparina, o risco relativo de recidiva hemorrágica e mortalidade foi 8 ($p=0,042$) e 32 ($p=0,003$) vezes superior, comparativamente aos que não faziam heparina. **Conclusões:** A maioria dos doentes incluídos no estudo realizava pelo menos um tipo de terapêutica. Nesta subpopulação verificou-se uma maior gravidade da hemorragia que, no caso da heparina, se traduziu por taxas de recidiva hemorrágica e mortalidade mais elevadas.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar de Setúbal-Hospital S. Bernardo, Ser viço de Gastroenterologia



4

COMPLEMENTARIDADE ENTRE ECOENDOSCOPIA E CPRE. EXPERIENCIA INICIAL.

Autor

Loureiro R., Pinto Marques P., Godinho R., Reis Duarte, Freitas J.

Resumo

A Ecoendoscopia (EUS) complementa a vertente terapêutica da CPRE. Se indicado, devem ser realizadas na mesma sessão endoscópica. **objectivos e métodos:** Avaliámos retrospectivamente os doentes submetidos a EUS com potencial indicação para posterior CPRE, durante 20 meses, no que respeita a indicações, resultados, procedimentos, CPRE e complicações. **Resultados:** Realizaram-se 26 EUS e 21 CPRE, 12 (57%) na mesma sessão. Doenças malignas ($n=9$): As indicações foram a obtenção de material cito-histológico ($n=6$) e estadiamento local ($n=3$). Fizeram-se 7 colheitas de material com rendimento diagnóstico. Oito doentes fizeram a drenagem biliar por CPRE na mesma sessão. Doenças benignas ($n=17$): As indicações para EUS foram probabilidade intermédia/baixa para coledocolitíase ($n=16$, excluída em 5 casos, evitando CPRE) e avaliação da resposta a endoterapia da papila menor ($n=1$). Realizou-se limpeza endoscópica da VBP em 11 doentes, 3 na mesma sessão. **Complicações da CPRE:** uma hemorragia moderada pós ETE e uma colecistite aguda. **Conclusão:** Evitaram-se seis CPRE e estabeleceu-se diagnóstico nos restantes casos. Quando indicada, a realização sequencial de EUS e CPRE na mesma sessão é exequível, segura e desejável: evita dupla sedação, reduz o número de CPRE e, pode contribuir para reduzir duração do internamento.

Local de trabalho:

Hospital Garcia de Orta



5

A ECOENDOSCOPIA NOS MEANDROS DAS LESÕES SUBEPITELIAIS GÁSTRICAS

Autor

Moutinho-Ribeiro P., Cotter J.

Resumo

objectivo: Analisar as características de uma série de lesões subepiteliais gástricas (LSG) diagnosticadas por Ecoendoscopia (EE), consecutivamente, ao longo de 12 meses. Métodos: Das 96 EE altas efectuadas (1/4/2008-31/03/2009, em 46 (47,9%) casos foram diagnosticadas LSG. Descrevem-se as indicações para a EE, e analisam-se as características da população e das LSG, bem como a orientação pós-exame. Análise estatística : programa SPSS. Resultados: Indicações para EE: suspeita endoscópica-35(76,1%); controlo de LSG prévia-9(19,6%); suspeita por TAC/RMN-2(4,3%). População: 11H, idade média de 53,7anos e 35M, idade média de 55,1anos (p=NS). Diagnóstico EE provável: Tumor estromal(TE)-18(39,1%); Pâncreas ectópico(PE)-13(28,3%); Lipoma-9(19,6%); Lesão indefinida-6(13,0%). Tamanho médio:10,5±7,1mm; Locali-zação:Cárdia-4(8,7%); Fundo-6(13,0%); Corpo-11(23,9%); Antro-25(54,3%). Ca-mada de origem: Submucosa (Sm)-22(47,8%); Muscular própria(Mp)-18(39,1%), Sm+Mp-6(13,0%); Orientação pós-exame: PAAF/Cirurgia-8(17,4%); Controlo EE-17(37,0%); Nenhuma-21(45,7%); Verificámos associação significativa entre o Diagnóstico EE e a Localização(p<0,05), a Camada de origem(p<0,05) e a Orientação pós-exame(p<0,05), mas não com o sexo do doente(p=NS). A média de idades foi diferente(p=0,01) consoante o tipo de Diagnóstico EE, mas não consoante o tamanho das lesões(p=NS). Conclusões: Predominaram os doentes do sexo feminino. As LSG localizaram-se mais frequentemente no antro. Os diagnósticos EE mais frequentes foram TE(da Mp) e os PE(da Sm ou Sm+MP). Estes últimos apresentaram-se em doentes mais jovens. 17,4% dos casos foram referenciado para PAAF/Cirurgia.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães, Serviço de Gastroenterologia

6

CARCINOMA COLORECTAL NA COLITE ULCEROSA: AVALIAÇÃO DO STATUS DE METILAÇÃO DA REGIÃO DO PROMOTOR DOS GENES SOX2 E PDX-1 E DA SUA RELAÇÃO COM NEOPLASIA

Autor

Borrvalho P 1, Freitas J 2, Vieira AI 2, Carneiro C 1, Henrique R 3,4, Jerónimo C 4, Costa VL 4

Resumo

objectivos: A expressão de mucinas e factores de transcrição gástricos (MUC5AC, MUC 6, SOX2 e PDX-1) na mucosa colorectal de doentes com colite ulcerosa (CU) pressupõe fenótipos metaplásicos eventualmente dependentes de mecanismos de modulação epigenética de genes reguladores da diferenciação; o seu esclarecimento poderá contribuir para clarificar qual a relação entre metaplasia e displasia/neoplasia. Métodos: Estudámos 30 amostras de doentes com CU, com expressão de apomucinas MUC5AC e MUC6 e/ou factores de transcrição SOX2 e PDX-1 já demonstrada, (16 casos sem neoplasia - Grupo I; 14 com displasia/neoplasia invasiva - Grupo II; ♀=8 e ♂=22). Avaliámos a metilação dos genes SOX2 e Pdx1 por PCR (QMSP). Resultados: SOX2: não metilado em 24 casos (80%), metilado com valores elevados (> 100) em 5 casos (16,7%), com valores superiores no Grupo II (17,82 vs.13,47, p = 0,053); correlação negativa (R = -0,379, p = 0,039) entre o coeficiente de metilação e “terapêutica”. PDX-1: não metilado em 26 casos, metilado com valores elevados em 4 casos (13,3%). Ausência de correlação entre metilação de SOX2 e Pdx1 e a expressão de apomucinas e factores de transcrição. Conclusões: A metilação poderá não ser factor determinante na expressão dos genes SOX2 e PDX-1 na patologia estudada.

Local de trabalho:

1 - Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Orta, S.A. 2 - Serviço de Gastroenterologia, Hospital Garcia de Orta, S.A. 3 - Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. 4 - Departamento de Patologia e Imunologia Molecular Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto



7 CONDIÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA DE URGÊNCIA NOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Autor

Ramos R, Cremers MI, Arroja B, Pedrosa J, Glória L, Rosa I, Cardoso C, Tristan J, Eliseu L, Fonseca C, Marinho C, Serrão G, Cancela E, Rego AC e NGHD

Resumo

A endoscopia baixa, é em Portugal, o exame de primeira linha na exploração do cólon no Serviço de Urgência, em contexto de hemorragia digestiva baixa. objectivo: descrever as condições de realização da endoscopia baixa de urgência, nos Hospitais Distritais. Material/métodos: Partindo de um estudo prospectivo das hemorragias digestivas baixas nos Hospitais Distritais que decorreu durante 12 meses, foram avaliadas as condições de realização dos exames endoscópicos no Serviço de urgência. Resultados: participaram 13 hospitais, incluindo 371 hemorragias digestivas baixas, com realização de 367 exames. Em 61,3% dos casos o 1º exame foi uma fibroscopioscopia. No exame inicial houve recurso a sedação em 10,7%, apenas 2,9% com enfermeiro especializado em anestesia. A sedação pelo anestesista foi realizada em 0,6%. Em 82,6% dos exames iniciais existia enfermeiro endoscopista e em 75,1% com auxiliar de acção médica da unidade de endoscopia. Nos doentes em que foi necessário um segundo exame endoscópico (n=104), 61,2% foi sem recurso a anestesia ou sedação. O segundo exame foi realizado em 94% com a presença de enfermeiro endoscopista. Conclusão: A maioria dos exames em urgência é feita sem sedação, na presença de enfermeiro endoscopista e de auxiliar de acção médica da unidade de endoscopia. Trabalho elaborado com base no estudo prospectivo de hemorragia digestiva baixa levado a cabo com o patrocínio do NGHD.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar Cova da Beira



8 GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA: REFLEXÃO RETROSPECTIVA DE UMA EXPERIÊNCIA HOSPITALAR

Autor

Rosa B, Rebelo A, Leite S, Moreira MJ, Moutinho Ribeiro P, Ribeiro JM, Marinho C, Cotter J

Resumo

INTRODUÇÃO: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) permite assegurar o suporte nutricional entérico com vantagens em relação à intubação nasogástrica crónica. OBJECTIVOS: Descrever a actividade desenvolvida no primeiro semestre de 2009, relacionada com a colocação e “follow-up” das PEG e avaliar as complicações, o impacto no número de urgências e internamentos hospitalares e a taxa de mortalidade nos primeiros meses após o procedimento. DOENTES/MÉTODOS: Incluídos 32 doentes, correspondendo a 27 primeiras colocações. Idade média: 75±7[19-97] anos. Seguimento em consulta conjunta de Gastrenterologia e Nutrição Clínica. RESULTADOS: A disfagia de causa neurológica foi o principal motivo para PEG. Nos 12 meses anteriores à gastrostomia registaram-se em média 4 episódios de urgência por doente, sobretudo por patologia respiratória ou desequilíbrios iónicos. 22% dos doentes faleceram no primeiro mês após a PEG. A maioria das complicações relacionou-se com erros no manuseamento do dispositivo. CONCLUSÕES: A taxa de complicações depende substancialmente dos cuidados com a sonda de alimentação. Toma-se difícil em pequenas séries avaliar com rigor o real impacto das PEG em “outcomes” como o número de admissões hospitalares ou a taxa de mortalidade nestes doentes, no entanto parece existir uma tendência para a redução das infecções respiratórias graves e do número de internamentos hospitalares.

Local de trabalho:

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães



9

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) NO IDOSO - ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2 ANOS

Autor

Duarte P.; Ramos R; Vicente C.; Casteleiro Alves C.

Resumo

objectIVO: Caracterizar a etiologia, evolução e factores preditivos de mortalidade da HDA, no idoso. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo de doentes com idade igual ou superior a 65 anos, admitidos na Unidade de Endoscopia por HDA, confirmada endoscópicamente, entre 1 de Março de 2007 e 28 de Fevereiro de 2009. Formaram-se dois grupos: Grupo A (65-79 anos) e Grupo B (≥ 80 anos). Avaliadas comorbilidades associadas, etiologia da HDA e, no caso dos doentes com úlcera péptica, toma de AINE e/ou anti-plaquetares. **RESULTADOS:** Estudados 128 doentes (grupo A - 68 doentes e o grupo B- 60 doentes). Em ambos, a principal causa de HDA foi a úlcera péptica (35 no grupo A e 19 no grupo B), tendo-se verificado, nestes doentes, a toma de AINE e /ou anti-plaquetares em 57,1% e 63,2%, respectivamente. A presença de co-morbilidades, verificou-se em 72% do grupo A e 60 % do grupo B. A mortalidade geral intra-hospitalar foi de 11,7%, sem diferença entre os dois grupos. **CONCLUSÃO:** A principal causa de HDA no idoso é a úlcera péptica, para a qual contribui a toma regular de AINE / anti-agregantes plaquetares. A presença de co-morbilidades foi o factor preditivo de mortalidade mais importante.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar Cova da Beira



10

ULTRASONOGRAFIA ENDOSCÓPICA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Autor

Pinto-Marques P, Loureiro R, Araújo C, Marques C, Sapage M, Brito M, Freitas J

Resumo

Introdução A ultrasonografia endoscópica encontra-se em expansão em diversos hospitais Portugueses. A avaliação do seu impacto na abordagem clínica e dos parâmetros de qualidade inerentes é essencial. **Material e métodos** Avaliação retrospectiva dos primeiros dois anos de execução desta técnica no nosso Hospital Resultados Foram realizados 419 procedimentos entre 9/07-9/09. Idade: 61.4 +- 15.2 anos (15-94). **Evolução temporal** (n): 48 (2007); 158 (2008); 213 (2009). **Indicações** mais frequentes: Lesões subepiteliais (19.6 %), Neoplasia pancreática (18.6%), Neoplasia gástrica (11.5 %), Neoplasia esofágica (6.9%). **Punções** ecoguiadas: 114 (27.2%); **Acuidade diagnóstica** da cito-histologia: 69.1%. **Complicações:** 1 perfuração duodenal **Conclusão** A ultrasonografia endoscópica tem uma solicitação crescente por parte de diversas especialidades. Face à difícil curva de aprendizagem é necessário que a sua instalação esteja enquadrada numa área abrangente de referência. A monitorização da qualidade dos resultados deve ser realizada continuamente.

Local de trabalho:

Hospital Garcia Orta



11

ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA RADIAL – EXPERIÊNCIA DE 1 ANO

Autor

Moutinho-Ribeiro P., Cotter J.

Resumo

objectivo: Estudo descritivo da experiência na realização de ecoendoscopia digestiva radial; caracterização da população estudada, tipo de exame, principais indicações, achados diagnósticos e implicação na estratégia de orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes. Métodos: Análise retrospectiva dos 12 meses iniciais das ecoendoscopias efectuadas (1/4/2008 a 31/03/2009). Equipamento: ecoendoscópio radial Olympus GF-UE160-AL5, sonda rectal rígida radial ALOKA ASU-67 e ecógrafo ALOKA alfa-10. Resultados: Foram realizadas 138 exames: 96 (69,6%) foram ecoendoscopias altas (EEA) e 42 (30,4%) ecoendoscopias baixas (EEB). População: 67H, 71M, idade média: 59,4 anos. Indicações das EEA: avaliação de lesões subepiteliais/compressões extrínsecas - 81 (84,3%); estadiamento de neoplasias - 10 (10,4%); outras - 5 (5,3%). Indicações das EEB: estadiamento de neoplasias - 30 (71,4%); avaliação de processo supurativo/fistuloso - 7 (16,7%); avaliação de lesão subepitelial/compressão extrínseca - 1 (2,4%); outras - 4 (9,5%). Não se registaram complicações. Em 10,1% dos 138 exames houve indicação para estudo complementar. Conclusões: Nos 12 meses iniciais após a implementação da ecoendoscopia radial, verificou-se, no número de exames realizados, um predomínio das EEA. Nestas, a principal indicação foi o estudo das lesões subepiteliais do tubo digestivo, enquanto as EEB consistiram maioritariamente no estadiamento de neoplasias. Em 89,9% dos doentes, a ecoendoscopia radial foi suficiente para a orientação diagnóstica e/ou terapêutica dos doentes, justificando assim, na nossa opinião, a sua crescente implementação em alguns Serviços de Gastroenterologia.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães, Serviço de Gastroenterologia



Casos Clínicos

2



1

GLICOGENOSE HEPÁTICA – CAUSA RARA DE HEPATOMEGÁLIA EM DIABÉTICOS TIPO 1

Autor

Arroja B, Canhoto M, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H, Amado C, Russo T, Gama E

Resumo

Doente do sexo masculino de 17 anos de idade com diabetes mellitus insulino-dependente e dislipidemia. História de internamentos hospitalares frequentes e seguimento em consulta de Pediatria por mau controlo metabólico, subsequentes a incumprimento de terapêutica e planos dietéticos. Durante internamento por descompensação da diabetes foi detectada elevação de transaminases com TGO de 343 U/L, TGP 384 U/L, GGT 235 U/L, FAL 142 U/L. Concomitantemente apresentava glicemia de 409 mg/dL, hemoglobina A1C 10,8% colesterol total 228 mg/dL, triglicéridos 381 mg/dL. Ao exame objectivo destacava-se hepatomegália dolorosa que se confirmou por ecografia abdominal. Sem outros sinais de doença hepática. Índice de Massa Corporal de 21,7 Kg/m². O estudo posterior descartou doenças hepáticas infecciosas, auto-imunes e doenças metabólicas mais frequentes. Colangio-ressonância magnética normal. A biópsia hepática evidenciou esteatose macrovesicular moderada a severa (60-70%) e grande número de hepatócitos com glicogenização nuclear. No acompanhamento em consulta tem-se verificado relação directa entre variações dos valores de transaminases e o controlo metabólico. O diagnóstico diferencial de uma hepatomegália em jovens diabéticos tipo 1 deverá sempre incluir a hipótese de infiltração de glicogénio no parênquima hepático secundária a administração excessiva de insulina. O controlo glicémico apertado constitui a base do tratamento.

Local de trabalho:

Hospital de Santo André, EPE, Leiria



2

QUISTO HIDÁTICO DO FIGADO: ABORDAGEM POR CPRE

Autor

Caldeira A, Vaz P, Pereira B, Sousa R, Pereira E, Melo G, Banhudo A

Resumo

Introdução: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) tem sido usada com sucesso na terapêutica da hidatidose; nomeadamente no acesso à cavidade quística com colocação de prótese ou catéter nasobiliar para drenagem e irrigação com escolocida (tx. sucesso 90%). Caso clínico: Mulher, 56A, a quem, na sequência de estudo de diabetes inaugural foi identificado um quisto hidático hepático (segmentos IVa/VIII). Iniciou terapêutica com albendazol mas, por se manter assintomática, a doente abandonou a consulta. 16M depois e no contexto de colangite realizou CPRE que evidenciou formação quística contrastada com emissão de hidátides para a via biliar principal (VBP). Efectuada limpeza da VBP e colocada prótese duplo “pig tail”. A proximidade da veia cava aumentava o risco cirúrgico e a abordagem percutânea era difícil. Por esse motivo, optou-se por nova abordagem por CPRE, substituindo-se a prótese por sonda nasoquística utilizada para lavagens sucessivas com soro, sempre sob controlo ecográfico. Follow up de 36M com imagem residual (15mm) no último controlo ecográfico. Conclusão: O tratamento depende das características da lesão quística, do doente e da presença de contra-indicações para cirurgia. No caso descrito, a localização da lesão colocava um problema em relação à opção terapêutica. Optou-se por abordagem do quisto por CPRE. O follow up evidencia sucesso terapêutico.

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco



3 POLIANGÉITE MICROSCÓPICA: MANIFESTAÇÕES GASTRINTESTINAIS

Autor

Pereira B, Gonçalves J, Caldeira A, Pinto Pais T, Gonçalves R, Pereira E, Tristan J, Sousa R, Banhudo A

Resumo

A poliangeíte microscópica é uma vasculite necrotizante de pequenos vasos. As manifestações e evolução variam consoante os órgãos atingidos. Cerca de um terço dos doentes apresenta atingimento gastrointestinal decorrente de alterações isquémicas. Homem, 74 anos, sem antecedentes relevantes. Enviado à consulta de Nefrologia por retenção azotada e alterações do sedimento urinário. Referia astenia, edema dos membros inferiores e apresentava valor de hipertensão severa, pelo que foi internado para estudo. Confirmou-se insuficiência renal (TFG 21,6 ml/min), hematuria e proteinúria. Realizou biópsia renal que revelou glomerulonefrite rapidamente progressiva paucimune. Iniciou terapêutica imunossupressora verificando-se, contudo, progressão para oligúria e necessidade de hemodiálise, que manteve em ambulatório. Decorridos 2 meses, o doente foi reinternado com púrpura palpável disseminada, febre, dor abdominal e diarreia. Feita biópsia cutânea compatível com vasculite. Coproculturas e hemoculturas negativas. A colonoscopia demonstrou múltiplas lesões petequiais ao longo do cólon e congestão, erosões e pequenas ulcerações no ascendente. Histologicamente constatou-se processo isquémico e inflamatório crónico. A conjugação destes dados levou ao diagnóstico de poliangeíte microscópica. A sintomatologia regrediu com aumento da corticoterapia. Este caso ilustra a importância do reconhecimento do atingimento gastrointestinal das vasculites, como factor contribuinte para o diagnóstico. O tratamento centra-se na patologia primária e nos sintomas.

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Amato Lusitano



UTILIDADE DA ECOENDOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE NMPI

Autor

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

Resumo

Introdução: A neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) é uma lesão potencialmente maligna, contudo, a progressão adenoma-carcinoma parece ser extremamente lenta. Apresentamos um caso em que acompanhámos “a par e passo” toda a história natural do tumor desde a sua manifestação inicial até apresentar critérios cirúrgicos de ressecabilidade. Caso clínico: Mulher, 70A, com episódio de pancreatite aguda (PA) de causa indeterminada. No controlo ecográfico, 6M após PA, observou-se Wirsung irregular e ectasiado. A colangio-ressonância confirmou dilatação e tortuosidade do Wirsung e a ecoendoscopia (USE) evidenciou, ainda, vegetações na parede. O escovado obtido na CPRE identificou agregados de células papilares. O seguimento da doente incluiu vigilância frequente por ecografia e EUS. Após 4A, perante a hipótese diagnóstica de NMPI, apresentava já critérios de ressecabilidade com identificação de ectasia do Wirsung até 15,3mm e vegetação no segmento cefálico (USE). A doente referia epigastralgia e tinha diagnóstico recente de diabetes mellitus. Realizou-se pancreatectomia total com confirmação do diagnóstico. Follow up de 9M, assintomática. Conclusão: Salienta-se a importância no esclarecimento da etiologia de uma PA e o papel fundamental que a USE pode representar neste estudo. No caso particular, a vigilância ultrassonográfica atenta dos aspectos pancreáticos após episódio de PA permitiu acompanhar o crescimento do tumor e o seu diagnóstico precoce.

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco



5

CAUSA RARA DE COAGULOPATIA SEVERA E ICTERÍCIA EM DOENTE ALCOÓLICO

Autor

Duarte P.; Ramos R.; Vicente C.; Casteleiro Alves C.

Resumo

Doente do sexo masculino, com 46 anos, veio ao Serviço de Urgência (S.U.) com queixas de febre alta, vómitos, cefaleias e icterícia, com uma semana de evolução. Negava dor abdominal, alterações respiratórias ou urinárias. Antecedentes de etilismo crónico (ingestão de 80-100 g/dia), sem hepatopatia crónica estabelecida. Consciente e orientado, sem “flapping”, icterico, desidratado, com hepatomegalia e lesões petequiais no tronco e membros inferiores. Analiticamente: leucócitos- 11 900 uL (52% linfócitos), Plaquetas- 28 000 uL, TGO- 89 U/L, TGP-126 U/L, LDH- 812 U/L ; GGT- 56 U/L, F. Alc- 68 U/L; Bilirrubina T/D- 16,5/10,0 mg/dl, CK- 740 U/L, PCR- 6,10 mg/dL, Alcoolémia 0,08, Cr- 1,2 mg/dl. Foram pedidas serologias das hepatites víricas, leptospirose, coxiella burnetti e rickettsia conorii. Nas primeiras horas após a admissão, desenvolve um quadro súbito de parafasia; faz TC crânio-encefálico, que evidenciou um hematoma sub-dural agudo. Com um Glasgow de 14 (E4M6V4), negou história de queda ou traumatismo recente. Foi transferido para o serviço de Neurocirurgia dos HUC, onde foi efectuada uma drenagem trans-tecal do hematoma e teve alta após 5 dias de internamento. Entretanto o estudo serológico mostrou positividade para o IgM e IgG da Leptospira interrogans, obtendo-se um diagnóstico retrospectivo de uma leptospirose.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar Cova da Beira



6

ASCITE REFRACTÁRIA E HIPONATRÉMIA SEVERA EM DOENTE CIRRÓTICO: RESOLUÇÃO APÓS TIPS

Autor

Pereira B, Caldeira A, Pinto Pais T, Gonçalves R, Pereira E, Tristan J, Sousa R, Banhudo A

Resumo

O tratamento da ascite refractária no doente cirrótico permanece um desafio clínico complexo. A paracentese terapêutica é considerada primeira linha na maioria dos centros devido à facilidade de execução, segurança e baixo custo. Em alguns casos seleccionados a colocação de TIPS (Shunt Porto-sistémico Intra-hepático Transjugular) poderá ser vantajosa. Homem, 45 anos, antecedentes de doença hepática crónica etanólica, internado por primeiro episódio de descompensação com ascite sob tensão. Analiticamente com discreta elevação das transaminases e hiponatrémia. Fez paracentese evacuadora e iniciou dieta hiposalina e diuréticos, sem resposta, refazendo rapidamente a ascite. Desenvolveu hiponatrémia severa (113 mmol/L) que limitou o uso dos diuréticos e não cedeu à restrição hídrica. No espaço de dois meses necessitou de 12 paracenteses evacuadoras (5-6L). Score de Child Pugh 8. Nunca apresentou sinais de encefalopatia pelo que foi decidida realização de TIPS. Após o procedimento verificou-se normalização rápida do ionograma, resposta aos diuréticos, sem necessidade de nova paracentese num período de follow-up de 6 meses, e melhoria considerável do estado nutricional. Apesar de ser um procedimento com riscos, o TIPS deve ser considerado em alguns cirróticos, particularmente nos que apresentam função hepática relativamente preservada, sem encefalopatia e necessidade de mais de 3-4 paracenteses por mês.

Local de trabalho:

Serviço de Gastrenterologia, Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco



7 CIRROSE HEPÁTICA E CARCINOMA HEPATOCELULAR DE ETIOLOGIA INFREQUENTE

Autor

Ladeira, N.; Silva, R.; Velosa, M.; Jasmins, L.; Teixeira, R.

Resumo

Introdução: A síndrome de Dunningan-Kobberling, ou lipodistrofia parcial familiar, constitui uma entidade rara, de carácter autossómico dominante, caracterizada pela ausência de gordura subcutânea nos membros e tronco e sua deposição em excesso na face e pescoço, associada a hiperlipidémia, diabetes mellitus e acantose negricans. Os autores apresentam o caso clínico referente a mulher de 61 anos, portadora de síndrome de Dunningan-Kobberling, seguida em consulta de Medicina por hiperlipidémia, diabetes mellitus e cirrose hepática de etiologia não esclarecida, com cerca de 5 anos de evolução, diagnosticada por biópsia hepática efectuada no contexto de elevação crónica das enzimas hepáticas. Foi referenciada para consulta de gastroenterologia por agravamento de ascite e aparecimento de nódulo hepático com 3,5*2,5 cm, no segmento VII, que apresentava franca captação de contraste na TAC abdominal. O estudo complementar efectuada foi negativo para as principais etiologias de doença hepática crónica, nomeadamente: vírus hepatites B e C, sobrecarga de ferro, e anticorpos ANA, AMA, anti-LKM, anti-SLA. A R.M.N. hepática evidenciou nódulo no segmento VII, em topografia sub-capsular, com 3,5*2,4 cm, com captação de contraste na fase arterial e “washout”, sugestivo de carcinoma hepatocelular (CHC). Por apresentar metastases pulmonares na TC de estadiamento, a doente foi referenciada para terapêutica com Sorafenib. Os autores realçam a raridade da associação entre cirrose hepática e s. Dunningan-Kobberling, com a particularidade de evolução para CHC

Local de trabalho:

Hospital central funchal



8 GIST E NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO: ASSOCIAÇÃO POUCO FREQUENTE

Autor

Velosa, M.; Ladeira, N.; Silva, R.; Jardim, I.; Andrade, C.; Silva, C.; Capelina, F.; Camacho, L.; Teixeira, R.

Resumo

Introdução: Os tumores do estroma gastro-intestinal (GIST) fazem parte de um espectro de tumores mesenquimatosos que podem surgir nos tecidos moles de outras partes do corpo. Estes incluem lipomas, liposarcomas, leiomiomas, leiomiosarcomas, tumores desmóides, schwannomas e tumores da bainha dos nervos periféricos. A maioria dos GIST de pequenas dimensões são assintomáticos e surgem mais frequentemente no estômago e intestino delgado proximal. Caso clínico: Doente do sexo feminino, 48 anos, seguida em consulta de Pneumologia há 4 anos por nódulo solitário do pulmão com 24 por 14 mm na língua, que se mantinha estável. Na TC torácica de controlo efectuada, além da referida lesão, identificou-se lesão exofítica da parede anterior do estômago, grande curvatura. A doente negava qualquer sintomatologia. Nessa altura, realiza endoscopia digestiva alta que revela neo-formação sub-mucosa de superfície regular, com 1 cm de maior diâmetro, ao nível do corpo, grande curvatura, cuja biópsia identifica gastrite crónica, activa moderada e presença de bacilos tipo helicobacter pylori. A ecoendoscopia conclui tratar-se de um tumor mesenquimatoso, provavelmente do estroma de maiores diâmetros 32,7 por 20,2 mm. A doente foi submetida a gastrectomia atípica, cuja histologia revelou GIST. Os autores apresentam este caso clínico abordando de forma sumária o Síndrome de Carney.

Local de trabalho:

Hospital Central do Funchal



9

ANEURISMA DA ARTÉRIA HEPÁTICA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Autor

Rego A.C., Ribeiro S., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

Resumo

Os autores apresentam um caso pouco comum de hemorragia digestiva alta. Trata-se de um doente do sexo masculino, de 81 anos de idade, com antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca e diabetes mellitus tipo 2, referenciado ao serviço de urgência por melenas. À observação apresentava-se hemodinamicamente estável, salientando-se massa abdominal palpável no epigastro. Apresentava anemia (Hb: 5,8g/dl) normocítica e normocrômica. A endoscopia digestiva alta revelou úlcera na face superior do bulbo duodenal, com cerca de 10mm, com pigmento hemossidérico (Forrest IIC) e gastropatia erosiva do antro. A avaliação imagiológica do abdómen (ecografia e TAC) revelou volumoso aneurisma de 17 x 13cm com calcificações e parcialmente trombosado, condicionando empurramento anterior do antro gástrico. A arteriografia da aorta abdominal localizou-o na origem da artéria hepática comum. O paciente foi submetido a endoneurismorráfia obstrutiva, com encerramento de fístula arterio-digestiva para o bulbo duodenal. No pós-operatório apresentou fístula biliar de baixo débito com evolução favorável. A hemorragia digestiva secundária a fistulização de aneurismas abdominais é rara, associando-se a elevada taxa de mortalidade. Os aneurismas da artéria hepática correspondem a 20% de toda a doença aneurismática dos vasos viscerais e muito raramente se apresentam clinicamente como hemorragia digestiva.

Local de trabalho:

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada



10

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA OBSCURA: GIST DO JEJUNO

Autor

Eliseu L, Americano M, Sampaio M, Catalán J, Parra J, Contente L

Resumo

Introdução. Os GIST e outras neoplasias do intestino delgado são causas de hemorragia digestiva de origem obscura. O seu diagnóstico é difícil, dada a inacessibilidade aos métodos de endoscopia convencionais, requerendo a conjugação de vários exames complementares. **Caso clínico.** Doente do sexo feminino, de 62 anos, internada por segundo episódio de melenas, com hemoglobina de 7,8 g/dL na admissão. A endoscopia digestiva alta revelou hérnia do hiato. A colonoscopia total não mostrou lesões potencialmente sangrantes. Realizou TAC abdominal que identificou espessamento parietal nodular de ansa jejunal, com 65 mm de extensão, confirmado em trânsito do intestino delgado. O exame com videocápsula endoscópica não identificou a lesão. A doente manteve anemia com necessidade de terapêutica com ferro endovenoso, embora sem perdas hemáticas evidentes, e perante a suspeita de neoplasia, optou-se pela abordagem cirúrgica. Foi submetida a laparotomia com enterectomia segmentar jejunal com tumor de 3 cm, cujo exame histológico e imuno-citoquímico revelou tratar-se de GIST. **Conclusão.** A hemorragia digestiva de causa obscura é uma das formas de apresentação do GIST do intestino delgado. Na maioria das situações o diagnóstico final apenas é possível após cirurgia, que é curativa nos casos de doença localizada.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio



11 SÍFILIS SECUNDÁRIA

Autor

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

Resumo

Mulher de 52 anos de idade admitida por icterícia recente. História de consumo regular de bebidas alcoólicas em quantidade moderada de longa data. Sem consumo de medicamentos ou produtos de ervanárias no passado ou recentemente. Exame objectivo revelava icterícia marcada, temperatura 37,4°C, TA: 114/74 mmHG, FC: 90 bpm; ACP normal; abdómen com hepatomegália indolor à palpação. Analiticamente: leucocitose $14.0 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCR 34 mg/L, Hemoglobina 10.0 g/dL com VGM de 113,7 fL, TP 53.2%, TGO 101 U/L, TGP 31 U/L, FAL 78, GGT 243, bilirrubina total de 28,7 mg/dL com fracção conjugada de 17,7 mg/dL, albumina 29 g/L. Ecografia abdominal evidenciou hepatomegália com parênquima hepático heterogéneo; ausência de dilatação das vias biliares nem presença de litíase biliar; derrame peritoneal em ligeira-moderada quantidade. O estudo do líquido ascítico revelou gradiente albumina sero-ascítico $> 1,1 \text{ g/dL}$, 875 PMNs/ μL e ADA normal. O estudo etiológico foi negativo para doenças virais, auto-imunes, doença de Wilson e hemocromatose. Título de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) de 32 dils e TPHA positivo 1/2560. Instituiu-se penicilina benzatínica IM com rápida melhoria clínica e laboratorial. Após um ano de seguimento em consulta externa, a doente apresenta-se assintomática e sem evidência clínica, laboratorial ou imagiológica de doença hepática.

Local de trabalho:

Hospital de Santo André, EPE, Leiria



Instantâneos

3



1 IMPLANTAÇÃO NEOPLÁSICA EM OSTOMIA – UMA COMPLICAÇÃO RARA DA PEG

Autor

Sousa A., Açucena F., Caldeira P., Diamantino S., Lopes A., Guerreiro H.

Resumo

A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é um meio de nutrição entérica de longa duração comum em pacientes com tumores da cabeça e do pescoço, incapazes de ingestão oral normal. Uma potencial, mas muito rara, complicação é a metastização de células neoplásicas do tumor primário para o local da ostomia. Os autores apresentam um caso de um doente de 55 anos de idade, com o diagnóstico de carcinoma pavimentocelular do esófago no Estádio IV (T4N1M0), submetido a PEG pelo método de tracção (pull). Cinco meses após o procedimento, referenciado por apresentar tumoração dura ao toque no local da ostomia; a biopsia da massa revelou carcinoma histologicamente idêntico ao tumor primário do esófago. Na revisão da literatura são descritos 30 casos de metástases em ostomia após a colocação de PEG em pacientes com tumores da cabeça e pescoço, tratando-se portanto de uma complicação muito rara. Em função da raridade e do impacto clínico limitado, a relevância prática, no contexto em que surge, não será muita, mas a metástase poderia ser evitada através do método do introdutor, laparoscopia ou laparotomia. Apresenta-se iconografia.

Local de trabalho:

Hospital Faro, E.P.E.



BRUNNEROMA – PÓLIPO DUODENAL GIGANTE

Autor

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

Resumo

Os autores relatam o caso de doente de 72 anos de idade, sexo masculino, enviado à consulta de gastroenterologia por pólipo duodenal volumoso, identificado em EDA de ambulatório (rastreio). Doente sem queixas relevantes. Antecedentes de DM tipo 2 e HTA. Foi efectuada EDA que revelou volumoso pólipo de pedículo grosso na dependência da face posterior da base do bulbo. Apresentava cerca de 35x30 mm de diâmetro e foi excisado e recuperado com alguma dificuldade dado o volume e localização. A histologia revelou tratar-se de hamartoma das glândulas de Brunner. Estas lesões têm uma prevalência muito baixa entre as alterações duodenais. Apresentam-se usualmente entre a 5 e 6ª década de vida e localizam-se entre a 1ª e 2ª porção duodenais. Apresenta-se este caso pela raridade e pela dificuldade que coloca à sua remoção, salientando-se também a iconografia recolhida.

Local de trabalho:

Hospital de S. Teotónio - Viseu



3 DILATAÇÃO PNEUMÁTICA DA AMPOLA APÓS ESFINCTEROTOMIA LARGA NA REMOÇÃO DE CÁLCULOS DA VIA BILIAR

Autor

Luís Lopes, José Ramada, João Carrasquinho

Resumo

A maioria dos cálculos da via biliar principal (VBP) são removidos através de técnicas endoscópicas standard. Numa pequena percentagem de doentes, a extracção dos cálculos pode ser difícil, em virtude da existência de múltiplos cálculos, cálculos de grandes dimensões e/ou de uma VBP tortuosa. Neste vídeo demostramos a remoção de cálculos complicados usando a técnica da dilatação pneumática da ampola, com balões esofágicos pneumáticos, após esfincterotomia larga.

Local de trabalho:

Serviço de Gastrenterologia Hospital de Santa Luzia Unidade Local de Saúde do Alto Minho

4 BEZOAR GÁSTRICO DE DIFÍCIL RESOLUÇÃO

Autor

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

Resumo

Os autores relatam o caso de doente de 52 anos de idade, sexo masculino, observado no SU por hiperglicemia. Em análises efectuadas verificou-se anemia (Hb 5.2 g/dl). Após anamnese constatou-se história de melenas com alguns dias de evolução. Antecedentes de DM tipo 2 e anemia microcítica em estudo no médico de família. Realizada EDA na urgência, com observação de volumosa úlcera na incisura angularis e coágulos no fundo e corpo gástrico. Internado no serviço de gastrenterologia para terapêutica e vigilância. Manteve-se estável e sem perdas hemáticas. Em revisão endoscópica identificou-se volumoso bezoar no corpo gástrico, de consistência dura. Foi realizada tentativa de fragmentação com ansa de polipectomia sem sucesso. Foram efectuadas várias tentativas de fragmentação nos dias seguintes: ansa de polipectomia, faca de pré-corte, laser, injeção e ingestão de coca-cola. Todos estes métodos se revelaram ineficazes. As biópsias da úlcera não revelaram displasia, sendo de etiologia provavelmente traumática. Contactada cirurgia geral, tendo sido efectuada laparoscopia com remoção do bezoar. Apresenta-se este caso pelas dificuldades na terapêutica, salientando-se também a iconografia exuberante recolhida.

Local de trabalho:

Hospital de S. Teotónio - Viseu



5 POLIPOSE GÁSTRICA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN DO TIPO FOLICULAR

Autor

Cardoso C., Freire R., Mangualde J., Oliveira A.

Resumo

Os autores apresentam o caso de um doente de 58 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos, admitido no nosso hospital por astenia, anorexia e perda ponderal de 50 Kg em 8 meses. A TC toraco-abdomino-pélvica realizada demonstrou múltiplos nódulos hepáticos e pulmonares sugestivos de metástases, sem adenomegalias. A endoscopia digestiva alta efectuada para investigação de tumor primário revelou múltiplos pólipos gástricos, cujos aspectos histológicos foram de linfoma não-Hodgkin de células B, de alto grau, do tipo folicular. O linfoma folicular, embora comum em adultos, apresenta um envolvimento gastrointestinal pouco frequente (< 1% dos linfomas gástricos). A polipose gástrica é uma forma descrita, embora rara, de apresentação endoscópica.

Local de trabalho:

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



6 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES SURPREENDENTE

Autor

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

Resumo

Os autores relatam o caso de doente de 45 anos de idade, sexo feminino, enviada á consulta de gastrenterologia por história de dor abdominal e pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo. Sem alterações no exame objetivo. Foi efectuada colonoscopia total com identificação de oxiúrus incontáveis. No cólon direito observado aglomerado em redor de fecalito, que se assemelha a bezoar. A Enterobíase/Enterobiose ou Oxiurose ou Oxiuriase é o nome da infecção por oxiúros (*Enterobius vermicularis*), que são nematodes com menos de 15 mm de comprimento e que parasitam o intestino dos mamíferos, principalmente primatas, incluindo o homem. É a única parasitose que ainda é hoje comum nos países desenvolvidos, atingindo particularmente as crianças. Apresenta-se este caso pela raridade e curiosidade da iconografia recolhida.

Local de trabalho:

Hospital de S. Teotónio - Viseu



7 FÍSTULA ESOFÁGICA POR EROÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS DE ARTRODESE C4-C5

Autor

Rego A.C., Ribeiro S., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

Resumo

Os autores apresentam uma doente do sexo feminino, de 46 anos de idade, que recorre ao SU por quadro clínico com 5 dias de evolução caracterizado por dispneia, odinofagia e sialorreia. Tratava-se de uma doente com atraso psicomotor, com antecedentes pessoais de artrose cervical há 10 anos. A endoscopia digestiva alta mostrou ao nível do crico-faríngeo corpo estranho de características metálicas, que parecia estar ancorado, sugestivo de parafuso, não sendo possível a sua remoção por via endoscópica. A doente foi submetida a cirurgia para remoção de placa e parafusos de artrose C4-C5, com rafia e reforço do esófago cervical. Veio a falecer 4 dias após por sépsis secundária a mediastinite.

Local de trabalho:

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada



8 HEMORRAGIA POR DIEULAFOY DA PÁPILA DE VATER

Autor

Rego A.C., Ribeiro S., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

Resumo

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 68 anos de idade, com antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, internado por pneumonia. Ao 5º dia de internamento apresentou melenas, sem repercussão hemodinâmica. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou coágulo aderente na papila de Vater, sem outras lesões. Após remoção de coágulo observou-se hemorragia activa de baixo débito, com vaso visível, sem lesão subjacente. Efectuou-se hemostase com árgon plasma de lesão de Dieulafoy. Às 72 horas, em endoscopia de “second look” não se observaram sinais de hemorragia. As biópsias da papila não mostraram alterações. O doente evoluiu clinicamente bem, sem recidiva hemorrágica.

Local de trabalho:

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada



9

ENCERRAMENTO COM CLIPS DE ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA

Autor

Rego A.C., Ribeiro S., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

Resumo

O tratamento standard de uma úlcera péptica perforada é cirúrgico. Existen casos na literatura de encerramento con clips de perforacións iatrogénicas, unha vez que estas son xeralmente pequenas e a contaminación peritoneal mínima dado o reconecemento precoce da situación. Os autores describen o caso de un doente do sexo masculino, de 61 anos de idade, con antecedentes de gastrectomía subtotal há 30 anos por patoloxía ulcerosa péptica. Recorre ao servizo de urxencia por dor epigástrica, sen irradiación, de inicio súbito. A radiografía de abdómen mostrou pneumoperitoneu. Apesar do pneumoperitoneu, considerouse a necesidade de realización de endoscopia dixestiva alta (EDA). Este exame mostrou gastrectomía subtotal con anastomose en Billroth II e úlcera na face posterior do antro gástrico con orificio con cerca de 4mm. Procedeu-se a encerramento do orificio con 4 clips. O doente foi internando no Servizo de Cirurxía Xeral con vigilancia e terapêutica adecuadas. Ás 72 horas de internamento non presentaba parámetros analíticos de infección nem pneumoperitoneu. Teve alta ao 7º día de internamento clinicamente bem, após EDA que mostrou úlcera gástrica en cicatrización. Da revisión da literatura efectuada, non se encontraron casos descritos de encerramento con clips de úlcera péptica perforada.

Local de traballo:

Hospital do Divino Espírito Santo- Ponta Delgada



10

METALOBEOZAR GÁSTRICO

Autor

Rego A.C., Ribeiro S., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

Resumo

Os bezoares resultan da acumulación e agregación de material estranho, non digerível, que se acumula no tubo dixestivo xeralmente no estómago. Clasifícanse de acordo con a súa composición en fitobezoares, tricobezoares, farmacobezoares, lactobezoares e outros, mais raros, constituídos por metal ou plástico. Presentamos o caso de un doente do sexo masculino, de 48 anos de idade, con antecedentes de patoloxía psiquiátrica, que recorre ao Servizo de Urgencia por ingestão de corpos estranhos. Encontrábase asintomático, negando dor abdominal, vómitos, alteracións do tránsito intestinal ou febre. A radiografía de abdómen mostrou abundantes corpos estranhos en topografía gástrica e intestinal. A endoscopia dixestiva alta permitiu observar e confirmar a presenza no estómago de: clips, agrafos, pioneses, sacos plásticos, elásticos e tampas de caneta. Aguardou-se evolución constatando-se eliminación de parte dos corpos estranhos, mantendo-se no entanto, aglomerado de clips no estómago. Após 15 días verificouse maior volume de corpos estranhos polo que se procedeu a nova endoscopia dixestiva alta, con remoção endoscópica de algúns. Non sendo posíbel a remoção completa por esta vía, o doente foi submetido a cirurxía gástrica con extracción de volumoso metalobozar (con 450g), constituído por clips, agrafos, pioneses, cortanhas, alfinete de gravata, elásticos, sacos de plástico e tampas de caneta.

Local de traballo:

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada



11

CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: METÁSTASE GÁSTRICA DE NEOPLASIA PULMONAR

Autor

Sousa A., Santos H., Sousa D., Guerreiro H.

Resumo

As metástases para o tracto gastrointestinal (GI) são raras. Os tumores primários são essencialmente, o melanoma e o cancro da mama e, excepcionalmente o cancro do pulmão. A incidência de metástases do cancro do pulmão para o estômago varia entre 0,2 a 0,4%. A hemorragia GI proveniente de metástases do carcinoma do pulmão é ainda mais rara. Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino, com 65 anos de idade e diagnóstico de carcinoma pavimento-celular pulmonar com lesão secundária da glândula supra-renal (Estádio IV - T4N2M1), anteriormente submetido a quimioterapia de intenção paliativa. Recorreu ao SU por dor torácica retro-esternal e, na colheita da anamnese referia melenas com 10 dias de evolução. Analiticamente, salientava-se anemia e elevação da troponina I e CK-MB. ECG com alterações da repolarização. A endoscopia digestiva revelou lesão ulcerada de bordos irregulares e grandes dimensões (características “volcano-like”), no fundo gástrico, com histologia idêntica à da neoplasia primária. Apresenta-se iconografia/vídeo.

Local de trabalho:

Hospital Faro,E.P.E.



DRENAGEM ENDOSCÓPICA DA VESÍCULA BILAR - A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Autor

Loureiro R., Godinho R., Freitas J.

Resumo

O tratamento preconizado para a colecistite aguda é a colecistectomia laparoscópica precoce. Se há elevado risco cirúrgico esta pode ser protelada ou mesmo não realizada. Nestas situações, para além da antibioterapia, a colecistostomia percutânea ou a drenagem endoscópica da vesícula biliar podem ser consideradas. Apresentamos 2 casos de 2 doentes idosos (80 e 88 anos de idade), com várias comorbilidades e o diagnóstico clínico e imagiológico de colecistite aguda litíásica. Foram submetidas a CPRE por suspeita de obstrução biliar durante a qual foi realizada drenagem endoscópica da vesícula biliar através da colocação de sonda naso-colecística. Após drenagem e antibioterapia verificou-se progressiva melhoria clínica e laboratorial. Posteriormente, apenas uma doente foi submetida a colecistectomia. Após 3 e 11 meses respectivamente as doentes encontram-se assintomáticas. A drenagem endoscópica da via biliar pode, em casos seleccionados, constituir uma alternativa ao tratamento cirúrgico precoce da colecistite aguda em doentes com alto risco cirúrgico sendo necessários mais estudos para que esta indicação possa ficar claramente estabelecida.

Local de trabalho:

Hospital Garcia de Orta

12



13 NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO COM metASTIZAÇÃO RECTAL

Autor

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

Resumo

A neoplasia do colo do útero pode apresentar disseminação por via linfática, hematogénea ou por contiguidade para o corpo uterino, vagina, cavidade peritoneal, bexiga ou recto. Apresenta-se o caso de uma doente, 48A, com diagnóstico de carcinoma do colo do útero, há 3A, em estadio IIIB. Submetida a quimio-radioterapia com intenção curativa, sem sucesso. Actualmente, faz ciclos de quimioterapia paliativa. Recorreu à urgência por quadro de proctalgia e tenesmo, sem perdas hemáticas, referindo obstipação há mais de 15 dias. No exame objectivo o abdómen era indolor e ao toque rectal palpava-se consistência aumentada da parede anterior e uma lesão polipóide com dureza pétreas, sem vestígios de sangue no dedo da luva. Analiticamente sem alterações relevantes. Realizou-se colonoscopia com identificação de 3 formações polipóides (a maior com 12mm), na ampola rectal, com área esbranquiçada no topo, sendo a mucosa envolvente normal. O estudo histológico das biopsias descreveu envolvimento do recto por carcinoma pouco diferenciado com perfil imuno-histoquímico concordante com primitivo do colo uterino. A doente foi orientada para o hospital onde tem sido seguida regularmente desde o diagnóstico da doença com ajustamento da terapêutica analgésica. Apresenta-se iconografia interessante e peculiar do aspecto endoscópico das metástases.

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco



DUPLO ESÓFAGO

Autor

Silva R., Velosa M., Ladeira N., Serrão G., Andrade C. Jardim I., Morna H., Jasmins L., Teixeira R.

Resumo

A entubação endotraqueal pode ser acompanhada por uma série de complicações, desencadeadas pelo acto em si ou pela permanência do tubo na traqueia. Estas incluem a isquémia com necrose e dilatação da parede traqueal, situação pouco frequente mas a considerar em doentes que surgem com sintomatologia esofágica após entubação endotraqueal. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 76 anos, caucasiana, com antecedentes prévios de insuficiência cardíaca congestiva, de diabetes mellitus tipo 2 e de amputação por pé diabético direito (com isquémia e necrose) que foi submetida em 2008 a nova amputação por pé diabético esquerdo (pelo mesmo motivo), complicada no pós-operatório por sépsis grave, com insuficiência respiratória e necessidade de entubação endotraqueal e ventilação mecânica. Melhorou clinicamente sendo extubada ao fim de quatro dias. Na re-introdução da dieta verificou-se disfagia para sólidos e líquidos. Foi feita videoendoscopia alta que revelou, imediatamente abaixo do EES, um duplo lúmen, correspondente ao esófago e à traqueia, sendo que o espaço entre ambos não apresentava sinais inflamatórios. A doente ficou com SNG para alimentação e discutiu-se o caso com a cirurgia cardio-torácica que considera tratar-se de uma doente com elevado risco cirúrgico. Apresenta-se iconografia.

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nélcio Mendonça, Funchal

14



15

METASTIZAÇÃO CÓLICA DE SARCOMA UTERINO

Autor

Velosa, M.; Ladeira, N; Silva, R; Jardim, I; Andrade, C.; Cordeiro, M.; Capelinha, F; Teixeira, R.

Resumo

Introdução: O Sarcoma Uterino (SU) é uma neoplasia rara que representa cerca de 9% das malignidades uterinas, com uma prevalência de 3.6 por 100.000 mulheres acima dos 35 anos nos Estados Unidos da América. A idade média de diagnóstico é 60 anos. Os SUs são classificados como tumores não-epiteliais ou tumores mistos epiteliais-não-epiteliais. Os três tipos mais comuns são todos do primeiro grupo: Sarcoma do Estroma do Endométrio (SEE), Leiomiossarcoma (LM) e Sarcoma do Endométrio Indiferenciado (SEI). Os locais mais comuns de metastização do SEE são a cavidade peritoneal e omentum (59%); seguido do pulmão (52%) e gânglios linfáticos pélvicos (41%). **Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma doente de 51 anos de idade, com antecedentes de leiomiossarcoma uterino diagnosticado há um ano, submetida a histerectomia com anexectomia e radioterapia; apendicectomia há mais de 30 anos e excisão de nódulo (fibroquisto) da mama direita há 10 anos, que inicia queixas de dor abdominal tipo cólica, ocasional, que alivia com a defecação e obstipação com 2 meses de evolução. Efectuou colonoscopia, que demonstrou lesão exofítica sugestiva de neoplasia do ângulo esplénico não franqueável, cuja biópsia revelou tratar-se de sarcoma de alto grau, com perfil imunoistoquímico CD10 positivo (intenso e difuso), actina e desmina negativo. A doente foi submetida a sigmoidectomia com anastomose mecânica colo-cólica látero-lateral e omentectomia. Por metastização subsequente a doente foi submetida a duas intervenções: lobectomia superior; enterectomia segmentar e excisão de nódulo da parede torácica anterior, que revelaram sarcoma de alto grau e encontra-se actualmente a fazer quimioterapia.

Local de trabalho:

Hospital Central do Funchal



CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS COM metaSTIZAÇÃO GÁSTRICA E CUTÂNEA

Autor

Arroja B, Canhoto M, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H, Martinha H, Cunha MF

Resumo

Homem de 89 anos de idade referenciado à consulta de gastroenterologia para excisão de pólipos do antro gástrico com 4 mm, detectado em endoscopia digestiva alta (EDA) pedida para estudo de anemia normocítica. Dos antecedentes pessoais registava-se nefrectomia parcial do rim esquerdo em 2007 por carcinoma de células renais. Ao exame objectivo sem alterações significativas. Durante a realização de EDA hospitalar, constatou-se a presença de múltiplas formações polipóides dispersas pela mucosa gástrica, que se excisaram com ansa de polipectomia tendo o estudo anátomo-patológico subsequente revelado tratar-se de provável neoplasia neuroendócrina bem diferenciada presente em todos os fragmentos de mucosa excisada. A TC para estadiamento mostrou adenopatias mediastínicas múltiplas e formações nodulares no parênquima pulmonar em relação com prováveis depósitos secundários. Posteriormente, viria a ser excisada lesão verrucosa do lábio superior com cerca de 10x10 mm de aparecimento recente e crescimento exuberante. Repetiu-se EDA que comparativamente com a anterior identificou aumento do número e dimensões de formações polipóides difusamente distribuídas no estômago, tendo-se ressecado novamente algumas destas lesões. O diagnóstico histológico final com recurso a imunohistoquímica das lesões gástricas e labial foi similar, apontando para metástases de carcinoma de células renais.

Local de trabalho:

Hospital Santo André, EPE

16



17 UMA ABORDAGEM ENDOSCÓPICA NÃO USUAL MAS EFICAZ

Autor

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

Resumo

Os autores apresentam um caso de carcinoma epidermóide do esófago cuja abordagem endoscópica possível e que levou ao diagnóstico foi efectuada por via retrógrada através de gastrostomia (per-operatória). Salienta-se a apresentação de iconografia endoscópica (vídeo).

Local de trabalho:

H. S. Teotónio E.P.E., Viseu



Posters

4



1

GASTRENERITE EOSINOFÍLICA

Autor

Rego A.C., Ribeiro S., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

Resumo

Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, de 47 anos de idade, admitida no Serviço de Gastrenterologia por vómitos pós-prandiais tardios e diarreia com 15 dias de evolução. À observação apresentava-se desidratada, com aspecto emagrecido, abdómen mole, depressível e indolor, sem massas ou organomegalias palpáveis. Analiticamente salientava-se acentuada eosinofilia periférica (6130 células/ μ L). Efectuou endoscopia digestiva alta que revelou estenose pilórica, tendo sido realizada dilatação pilórica com balão TTS até aos 15mm. Procederam-se a biópsias que mostraram alterações inflamatórias inespecíficas. A fibroscopia revelou edema da mucosa cujas biópsias foram compatíveis com o diagnóstico de colite eosinofílica. O restante estudo realizado não mostrou envolvimento de outros órgãos. A doente foi medicada com prednisona 40mg/dia, com melhoria do quadro clínico e da eosinofilia. A gastrenterite eosinofílica é uma doença rara, caracterizada pela presença de infiltrado inflamatório eosinofílico em, pelo menos, um segmento do aparelho digestivo, mediante exclusão de outras doenças associadas a eosinofilia tecidual e de envolvimento de órgãos e sistemas para além do aparelho digestivo. O tratamento da gastrenterite eosinofílica assenta fundamentalmente na corticoterapia. O prognóstico é favorável, sem risco acrescido de neoplasia gastrintestinal.

Local de trabalho:

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada



2

VARIZES GÁSTRICAS ISOLADAS

Autor

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

Resumo

As varizes gástricas isoladas do fundo gástrico estão geralmente associadas à presença de hipertensão portal esquerda (HTPE). A causa mais frequente de HTPE é a obstrução isolada da veia esplénica. Na maioria dos casos a HTPE é assintomática mas quando se manifesta, em 45% dos casos é por hemorragia gastrointestinal (GI). Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 69 anos de idade, cuja TC abdominal revelou formação hipodensa na cauda do pâncreas (72 mm de diâmetro). Para excisão da massa foi submetida a pancreatemia caudal com preservação do baço. Um mês após a alta hospitalar é reinternada por quadro febril, identificando-se volumoso abscesso esplénico (9 cm) e abscesso na loca pancreática. No período de internamento constata-se hemorragia GI e varizes do fundo gástrico isoladas, tendo-se feito hemostase eficaz com cianoacrilato. Algum tempo depois foi submetida a esplenectomia com resolução posterior de todas as varizes gástricas e da hipertensão portal avaliada por métodos de imagem. Na hemorragia GI causada por varizes gástricas do fundo isoladas deve considerar-se a presença de HTPE e procurar as causas subjacentes com particular atenção à patologia pancreática. A esplenectomia deverá ser uma opção terapêutica a ter em conta em todos os doentes.

Local de trabalho:

Hospital do Espírito Santo de Évora EPE



3 ENDOMETRIOSE DO SIGMÓIDE – UM DIAGNÓSTICO ORIENTADO PELA ECOGRAFIA HIDROCÓLICA

Autor

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

Resumo

Introdução:A endometriose localiza-se, geralmente, nos órgãos da cavidade pélvica, sendo o envolvimento intestinal raro. A sintomatologia é inespecífica e o diagnóstico constitui quase sempre um desafio. **Caso clínico:**Mulher, 31A, que desde há um ano referia dor abdominal tipo cólica nos quadrantes inferiores e dejecções diarreicas frequentes, sem sangue. Antecedentes irrelevantes. Exame objectivo e estudo analítico normal. Colonoscopia com progressão, possível, apenas até 20cm da margem anal por acentuada angulação a este nível. A mucosa observada era aparentemente normal. A hipótese de se tratar de síndrome do intestino irritável associado a acentuada tortuosidade do sigmoide era bastante provável mas decidiu-se pela realização de ecografia hidrocólica. Neste exame visualizou-se, após ângulo fechado na região recto-sigmoide, uma área de espessamento da parede intestinal, com distensão do cólon a montante. O clister opaco e a enterografia confirmaram estes achados. Realizou-se laparoscopia exploradora com identificação de formação dura envolvendo a serosa, no recto-sigmoide. Efectuada ressecção segmentar. **Diagnóstico histológico:** Endometriose do cólon sigmoide. **Conclusão:**O diagnóstico de endometriose é geralmente difícil. A abordagem por ecografia hidrocólica foi um importante auxiliar, após uma colonoscopia não conseguida, conduzindo à identificação de uma estenose cólica que motivou uma atitude persistente na investigação que se seguiu para o seu esclarecimento.

Local de trabalho:

Serviço de Gastrenterologia do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco



ALTERAÇÃO DAS PROVAS HEPÁTICAS – UM CASO DE OVERLAP SYNDROME

Autor

Veloso N; Silva J; Rosa I; Gonçalves L; Godinho R; Medeiros I; Viveiros C.

Resumo

Alguns doentes com doença hepática autoimune apresentam achados clínicos, bioquímicos, imunoserológicos e/ou histológicos, compatíveis quer com Hepatite Autoimune (HAI) quer com Cirrose Biliar Primária (CBP), não existindo uma definição formal, nem critérios de diagnóstico/marcadores serológicos específicos, que sustentem o diagnóstico definitivo nos Síndromes de Overlap. Apresenta-se o caso de uma doente, 46 anos, com antecedentes de diabetes Mellitus tipo 2 e Espondilolite, medicada com Metformina, Glimepirida e metamizol de magnésio, referenciada para investigação de um quadro de anorexia, vómitos e alteração das provas hepáticas (padrão misto). Da avaliação efectuada destaca-se hipergamaglobulinémia (IgG 4490 mg/dl – VR <1600), ANA > 1/640 (VR <160), Ac Anti-actina F-Músculo liso 132 UA/ml (VR <20), AMA-M2 fortemente positivo (imunofluorescência indirecta), sendo os Ac anti LKM-1, pANCA, anti-SLA, anti LC-1 e anti-ds-DNA negativos; HLA DRB4 positivo. Imune para HAV, cicatriz de infecção para EBV, CMV e Herpes Simplex 1, sendo HBV, HCV e HIV 1 e 2 negativos. A ecografia abdominal mostrou apenas adenopatias no hilo hepático. Efectuou biópsia hepática que revelou hepatopatia crónica activa com marcado componente lobular, observando-se algumas rosetas e ocasionalmente lesão ao nível dos ductos biliares, sendo compatível com estadio 2-3 (expansão fibrosa porto-lobular e porto-portal). O Score do Grupo Internacional de HAI pré-tratamento era de 15 pontos (diagnóstico provável de HAI). Iniciou tratamento com Prednisolona e Azatioprina, associado ao Ácido Ursodesoxicólico, verificando-se melhoria clínica e laboratorial, após 4 meses de follow-up. Apesar de não existirem, na literatura médica, estudos randomizados e controlados indicando a melhor opção terapêutica para “overlap” HAI/CBP, verificou-se resposta favorável à terapêutica instituída.

Local de trabalho:

Hospital do Espírito Santo, Évora

4



5

CAUSA RARA DE COLESTASE INTRAHEPÁTICA EM DOENTE COM TROMBOSE DA VEIA PORTA

Autor

Vebo N; Silva J; Rosa I; Gonçalves L; Godinho R; Medeiros I; Viveiros C.

Resumo

A Trombose Venosa Portal (TVP), nos países desenvolvidos, é responsável por cerca de 30% dos casos de Hipertensão Portal nos adultos. Consiste em duas entidades que representam estádios sucessivos da mesma doença – TVP aguda e TVP crónica, apresentando diversas etiologias e não se encontrando causa aparente em 1/3 dos casos. Apresenta-se o caso de uma doente, 44 anos, que iniciou, em Abril de 2007, quadro de dor abdominal súbita. Após realização de Ecografia e Tomografia Computorizada não conclusivas, foi submetida a laparotomia exploradora, por suspeita de abdómen agudo. O diagnóstico intra-operatório foi de TVP associado a ascite. Sem história pessoal ou familiar de trombose venosa/tromboembolismo. Realizou RMN que revelou transformação cavernomatosa da veia porta, exuberante circulação colateral e ascite de pequeno volume. Os aspectos de Hipertensão Portal foram confirmados por Ecodoppler espleno-portal e Endoscopia Digestiva alta. Iniciou desde o diagnóstico hipocoagulação oral, associada ao propranolol. Doente sem critérios clínicos, laboratoriais ou imagiológicos de Doença Hepática Crónica (serologias virais e autoimunidade negativas, cinética do ferro e cobre normais, sem hábitos alcoólicos, toxicológicos ou farmacológicos, à excepção de toma de anticoncepcionais orais nos últimos 4 anos, suspensa após o diagnóstico de TVP); sem doença hematológica associada; estudo de hipercoagulabilidade negativo. Após seis meses de hipocoagulação oral, não havia melhoria do fluxo da veia porta e consequente hipertensão portal. Cerca de 1 ano após o diagnóstico, surge quadro de colestase sem hiperbilirrubinémia e com ligeiro aumento das aminotransferases (1,5x). Nesta fase, a Colangio-RM documentou alterações compatíveis com colangite da via biliar intrahepática.(VBIH). A Fibroscopia com biopsias exclui Colite Ulcerosa. Discute-se a etiologia das alterações da VBIH numa doente com TVP. Duas doenças diferentes? A mesma doença – Biliopatia Portal?

Local de trabalho:

Hospital do Espírito Santo, Évora



6

TUMORES DE COLISÃO - UMA ENTIDADE RARA

Autor

Silva R., Gasparinho G., Silva J., Claro I., Fonseca R., Nobre Leitão C..

Resumo

Tumores de colisão são tumores coexistentes, histologicamente distintos e independentes. Podem ocorrer no mesmo órgão, em órgãos adjacentes ou como fenómeno metastático. O seu diagnóstico é importante, ao determinar a terapêutica e condicionar o prognóstico. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 55 anos, caucasiana, que aos 50 anos (2004), após o diagnóstico de carcinoma ductal (CD) da mama, é submetida a mastectomia radical direita com esvaziamento axilar (CD moderadamente diferenciado, com invasão vascular, pT2 pN1a pMx), seguida de QRT adjuvante, admitindo-se estar em remissão. Aos 53 anos (2006), na sequência do diagnóstico de tumor neuroendócrino (TNE) do recto, é submetida a RAR (TNE grau III, de IM elevado, com invasão vascular, metástases ganglionares, margens livres, pT3 pN2 pMx). Inicia programa de vigilância. Em 2007 verifica-se subida da cromogranina A, sem evidência de recidiva. Em 2008 são observadas em TAC múltiplas lesões pulmonares e hepáticas (metástases) e uma massa pélvica. É feita biópsia ecoguiada de uma lesão hepática (CD da mama), e ecoendoscopia com punção da massa pélvica (TNE). Veio a falecer aos 55 anos (2008), por tromboembolismo pulmonar. Na autópsia observou-se extensa metastização neoplásica hepática, compatível com metástases de CD da mama e de TNE, massa pélvica compatível com TNE, e uma adenopatia no hilo pulmonar com células de CD da mama e de TNE.

Local de trabalho:

S. Gastrenterologia Hospital Nélio Mendonça, Funchal S. Anatomia Patológica do IPOLFG EPE, Lisboa S. Gastrenterologia do IPOLFG EPE, Lisboa



7 PANCREATITE AGUDA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

Autor

Rego A.C., Ribeiro S., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

Resumo

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, de 42 anos de idade, saudável, sem hábitos etílicos ou medicamentosos, admitido no Serviço de Gastrenterologia por quadro clínico, analítico e ecográfico compatível com pancreatite aguda edematosa, de etiologia não esclarecida. A evolução do quadro clínico foi favorável, sem critérios de Ranson à entrada e às 48h. Analiticamente detecta-se hipercalcemia (12,7mg/dl; N: 8,4-10,2)). O estudo da causa da hipercalcemia revelou elevação da paratormona, tendo sido efectuadas ecografia e ressonância magnética cervicais que mostraram adenoma da paratiróide inferior direita. Instituiu-se terapêutica com pamidronato com vista à correcção da calcemia. Foi submetido electivamente a paratiroidectomia inferior direita. Actualmente encontra-se assintomático, com valores de cálcio e paratormona normais. A litíase biliar e o álcool são responsáveis por 75% das pancreatites agudas. O hiperparatiroidismo primário é causa de menos de 0,5% de todos os casos de pancreatite aguda e a incidência de pancreatite aguda no hiperparatiroidismo varia entre 0,2 a 1,5%.

Local de trabalho:

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada

ADENOMIOMA PERIAMPULAR EXCISADO ENDOSCOPICAMENTE

Autor

Eliseu L, Sampaio M, Parra J, Contente L

Resumo

Introdução. O adenomioma é uma lesão benigna “pseudotumoral”. A localização na ampola de Vater é rara e as formas de apresentação incluem icterícia, pancreatite recorrente e dor abdominal. A terapêutica cirúrgica é habitualmente a adoptada, sobretudo pela dificuldade em obter um diagnóstico histológico pré-operatório correcto. Caso clínico. Doente do sexo masculino, de 54 anos, com antecedentes de pancreatite aguda alitiásica (2 episódios), sem etiologia identificada. Na sequência do estudo efectuado e por apresentar epigastralgia pós-prandial recorrente, realizou endoscopia digestiva alta que revelou lesão polipóide da papila de Vater. O exame foi complementado por duodenoscopia, que permitiu caracterizar a lesão e realizar biopsias, que revelaram apenas alterações inflamatórias inespecíficas. Seguiu-se o estudo ecográfico, que mostrou lesão hipocogénica, de limites regulares, envolvendo a mucosa, com diâmetro máximo de 15 mm; a submucosa apresentava-se íntegra e não existiam adenopatias. Repetiram-se biópsias, sendo o resultado sobreponível. Optou-se pela excisão endoscópica (papilectomia) após CPRE, que decorreu sem complicações. O resultado histológico foi de adenomioma periampular. Conclusão. O tratamento habitual das lesões da ampola de Vater, mesmo das benignas, é a cirurgia, com a morbimortalidade que daí advém. A terapêutica endoscópica é uma modalidade válida, que deve ser considerada.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio



9 CIRROSE HEPÁTICA C, HEPATOTOXICIDADE E MONONEUROPATIA MÚLTIPLA

Autor

Nunes J., Barjas E., Fatela N., Marinho R., Ramalho F., Velosa J.

Resumo

Homem de 46 anos, com cirrose a VHC. Internado num Serviço de Medicina por infecção respiratória com derrame pleural e diminuição de força no pé direito e mão contralateral. A investigação neurológica (TC-CE, RMN-CE, TC coluna lombar) não mostrou alterações. Foi feita toracocentese: líquido pleural (LP) com características sugestivas de tuberculose; biopsia pleural: inflamação crónica com necrose. Por suspeita elevada de tuberculose pleural, iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, etambutol e estreptomina. A pesquisa de BK no LP (cultura, PCR) foi negativa. Verificou-se agravamento das provas hepáticas (PH), tendo sido suspensos os tuberculostáticos. Por aparecimento de encefalopatia, foi transferido para o nosso Serviço. Efectuou biopsia hepática (sendo enviado fragmento para PCR do BK) e repetiu toracocentese, com achados citoquímicos semelhantes aos anteriores. Foi isolado BK em cultura do macerado pleural e a PCR do BK no tecido hepático foi positiva. Durante o internamento, verificou-se melhoria da encefalopatia e das PH (máx bil T 24 mg/dl). Em relação às alterações neurológicas, o electromiograma confirmou mononeuropatia múltipla, com doseamentos de crioglobulinémia negativos. Após reunião multidisciplinar decidiu-se reiniciar terapêutica tuberculostática sequencial, com vigilância das PH. Não iniciou corticoterapia para neuropatia devido à existência concomitante de infecção. Encontra-se em avaliação para transplante hepático.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria



10 HEMORRAGIA ACTIVA DO DELGADO IDENTIFICADA EM VIDEOENTEROSCOPIA POR CÁPSULA

Autor

Rebello A, Rosa B, Leite S, Moreira MJ, Cotter J

Resumo

Doente do sexo feminino com 83 anos de idade, com antecedentes de Demência vascular, Insuficiência renal crónica, Insuficiência cardíaca e Tireoidectomia total (por bócio) há vários anos. Medicada habitualmente com: memantina, levotiroxina, ramipril, carvedilol, clopidogrel e nitratos. Internamento há um ano no Serviço de Cirurgia por anemia, tendo realizado estudo do tubo digestivo (endoscopia digestiva alta e colonoscopia total) que não mostrou lesões sangrantes e um mês antes no Serviço de Medicina por anemia sintomática, sem evidência de perdas hemáticas, com repetição do estudo endoscópico prévio que foi novamente negativo, tendo tido alta com o diagnóstico provável de Síndrome Mielodisplásico. É reinternada por anemia sintomática, associada a melenas e com hemoglobina 5,2 g/dL. Após estabilização clínica efectuou enteroscopia por cápsula na qual se observou hemorragia activa proveniente do intestino delgado proximal (D3/D4). Realizada enteroscopia por impulsão observando-se a partir de D3 sangue vivo e coágulos sobre a mucosa. Após lavagem vigorosa, identificada angiectasia com hemorragia activa contínua. Efectuada coagulação com árgon-plasma e colocados 4 clips, com sucesso hemostático. Teve alta assintomática e hemodinamicamente estável 4 dias depois.

Local de trabalho:

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães



11

DOR ABDOMINAL: UMA CAUSA MENOS FREQUENTE

Autor

Caldeira A, Vaz P, Pereira B, Pereira E, Sousa R, Tristan J, Gonçalves R, Banhudo A

Resumo

Introdução: A etiologia da dor abdominal é muito variada, sendo as causas raras frequentemente esquecidas no diagnóstico diferencial. Devemos estar alerta e saber reconhecer outras razões para a dor abdominal. **Caso clínico:** Homem, 30A, referindo dor no epigastro, com 24h de evolução e vômitos alimentares. Descrevia 2 episódios anteriores semelhantes. Amilase e lipase elevadas. Ecografia abdominal no Serviço de Gastroenterologia: aumento e heterogeneidade da cabeça do pâncreas; sem litíase da vesícula. Tomografia abdominal concordante. EDA: hiperémia da mucosa do bulbo duodenal, e compressão a nível do ápex. Biopsias no bulbo: inflamação crónica inespecífica. Ultrassonografia transendoscópica: porção cefálica do pâncreas aumentada, com alterações do contorno e áreas heterogéneas no parênquima, sem evidência de massas. RMN: cabeça pancreática com aspecto globoso fazendo compressão na parede duodenal. Colocada hipótese diagnóstica de provável pancreatite da goteira. Com tratamento médico verificou-se remissão da sintomatologia e normalização dos parâmetros analíticos. Seguimento na consulta com estudo ecográfico periódico. **Conclusão:** A pancreatite da goteira é uma forma rara de pancreatite crónica focal que envolve o sulco existente entre cabeça do pâncreas, duodeno e colédoco. O diagnóstico clínico e imagiológico exige elevado índice de suspeição, quase sempre apenas alcançado após cirurgia, ainda que, por vezes, a sintomatologia não o exigisse.

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco



12

UM CASO DE COLESTASE

Autor

Nunes J., Marinho R.T., Velosa J.

Resumo

Mulher de 50 anos, aparentemente saudável, enviada para a C. de Hepatologia por alteração das provas hepáticas, detectada em análises de rotina. Verificava-se aumento da GGT (70-290 U/ml, N <32), com elevação flutuante das aminotransferases nos últimos 5 anos (AST 58-77 UI/ml; N <40, ALT 48-110 UI/ml; N <35) e alterações hematológicas (anemia macrocítica e inversão da fórmula leucocitária, Hb 11,2 g/dl, VGM 99 fL, leucócitos 6500x106, PMN 18%, linfocitose 72%). Não referia sintomatologia do tipo de dor abdominal, icterícia, febre ou alteração do trânsito intestinal. Negava hábitos alcoólicos, tabágicos ou medicamentosos. Da investigação realizada, destaca-se: serologias VHB, VHC, VIH 1,2 negativas; auto-anticorpos ANA, AMA, anti-M2, anti-LKM, anti-SLA negativos, ASMA negativo (1 determinação positiva em 2003), RA teste, Waller Rose negativos, Ac anti-transglutaminase elevado (18 U/ml; N <4) e Ac anti-gliadina normal (5 U/ml; N <10). O doseamento de vitamina B12, folatos, cinética do ferro e função tiroideia foram normais. Enviada para Consulta de Hematologia, onde realizou mielograma que não revelou alterações. Realizou ecografias abdominais: sem alterações. A biopsia hepática revelou alterações muito ligeiras, inespecíficas. ARMN-hepática foi normal. Foi pedida EDA com biopsias de D2 – compatível com doença celíaca. Iniciou dieta sem glúten com normalização das provas hepáticas.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria



13 DOENÇA DE CAROLI E CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA – UMA ASSOCIAÇÃO POUCO FREQUENTE

Autor

Nunes J., Barjas E., Fatela N., Marinho R., Ramalho F., Velosa J.

Resumo

Homem de 56 anos, com hábitos alcoólicos marcados (150 g/dia), internado por quadro de icterícia, colúria, sem febre, encefalopatia ou dor abdominal. À entrada, destacava-se icterícia e estigmas de DHC e alcoolismo. O exame objectivo revelou fígado palpável (8 cm). A ecografia abdominal mostrou fígado cirrótico, vesícula biliar com lamas, vias biliares não dilatadas. Analiticamente, destacava-se AST, ALT bilirrubina total 15 mg/dl, directa 8 mg/dl e coagulação normal. Ficou internado com a hipótese diagnóstica de hepatite alcoólica (Meld 20, Í. Maddrey 27, Child B). Durante o internamento, verificou-se agravamento progressivo da bilirrubina, sempre com valores de coagulação normal. Da restante investigação realça-se: CA 19.9 220 UI/ml (N 0-37 UI/ml), serologias víricas e cinética ferro sem alterações. Por persistência deste quadro, atípico para hepatite alcoólica, e perante CA 19.9 elevado, foi pedida CPRM para exclusão de outras etiologias. A CPRM revelou dilatações saculares da árvore biliar direita (Doença de Caroli ou colangiocarcinoma). Surge agravamento clínico, com sépsis a *E coli* e *Citrobacter Koseri*. Sem possibilidade para cirurgia de ressecção hepática dado a baixa reserva hepática, o doente acabou por falecer. A autópsia mostrou a presença de cirrose hepática e doença de Caroli segmentar. Apresenta-se e ilustra-se o caso.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria



14 ESTEATOSE HEPÁTICA NÃO-ALCOÓLICA ASSOCIADA A HIPOTIROIDISMO.

Autor

Soares JB, Rolanda C, Ferreira A e Gonçalves R.

Resumo

Apresenta-se o caso clínico de um doente com 37 anos referenciado em 2006 para a consulta de Hepatologia por elevação das transaminases com 1 ano de evolução. Negava consumo alcoólico e estava medicado com fenofibrato por hipertrigliceridemia. Ao exame objectivo, apresentava lentificação psicomotora, obesidade central (peso -102 Kg) e fácies atípico (lábios grossos e macroglossia). Analiticamente, salientava-se elevação das transaminases (AST/ALT-498/124 UI/L), hipertrigliceridemia (163 mg/dl), elevação da TSH (324 uU/ml) com T3 e T4 indeseáveis, insuficiência renal (creatinina-2,0 mg/dl; Ureia-54 mg/dl) e glicemia em jejum normal. Não apresentava evidência de doença hepática metabólica hereditária, auto-imune ou vírica. A ecografia abdominal revelou hepatomegalia esteatósica homogénea. Realizou biópsia hepática percutânea que mostrou fígado de arquitectura trabecular com esteatose micro e macrovesicular difusa. Com o diagnóstico de hipotiroidismo, iniciou tratamento com levotiroxina 0,1 mg e liotironina 0,05 mg, com boa resposta clínica e analítica (descida das transaminases). Foi orientado para a consulta de endocrinologia, nutrição e nefrologia. Actualmente, está medicado com levotiroxina (0,2 mg). Analiticamente, mantém elevação das transaminases (AST/ALT-54/92 UI/L), hipertrigliceridemia (TG-198 mg/dl), com funções renal e tiroideia normais. Com este caso salienta-se a importância de se considerar a doença tiroideia na avaliação da esteatose hepática não-alcoólica.

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Braga



15

PANCREATITE AGUDA ASSO CIADA AO PERINDOPRIL

Autor

Pereira B, Caldeira A, Pinto Pais T, Gonçalves R, Pereira E, Tristan J, Sousa R, Banhudo A

Resumo

A pancreatite aguda induzida por fármacos é uma entidade rara, com um diagnóstico frequentemente difícil, como este caso demonstra. Homem de 86 anos recorreu ao SU por epigastralgia. Hipertenso, medicado com diltiazem 120 mg/dia e perindopril 5 mg/dia, iniciado alguns meses antes. Sem hábitos alcoólicos. Apresentava dor à palpação profunda do epigastro, sem defesa. Analiticamente destacava-se hiperamilasémia e elevação da PCR. Ecografia e TC abdominal compatíveis com o diagnóstico de pancreatite aguda ligeira, sem evidência de litiase ou ectasia das vias biliares. Assistiu-se a melhoria clínica rápida sob tratamento conservador com alta precoce. No espaço de um ano o doente foi re-internado quatro vezes por episódios de pancreatite aguda semelhantes ao primeiro, os últimos três em apenas um mês, por recorrência sintomatológica precoce após alta. Submetido a ecoendoscopia e CPRE, sem esclarecimento etiológico. A suspeita recaiu sobre o perindopril que se suspendeu. O doente permanece assintomático num follow-up de um ano. Este caso reúne vários critérios que suportam a associação entre a toma de perindopril e a indução de pancreatite aguda. Foram excluídas outras causas, apresentou teste de provocação positivo e resposta favorável à retirada do fármaco. O reconhecimento desta entidade subdiagnosticada é fundamental, sobretudo na população geriátrica plurimedicada.

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco



HEMATOQUÉZIA: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA, ALTA OU MÉDIA? - CASO CLINICO DE UMA CAUSA RARA.

Autor

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

Resumo

Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) constituem <1% de todas as neoplasias do tracto gastrointestinal (GI). Ocorrem em todo o tracto GI, com localização mais frequente no estômago. Podem manifestar-se por : emergências intra-abdominais (obstrução, perfuração ou hemorragia digestiva); massa abdominal, achado incidental em exame endoscópico/imagiológico ou em acto operatório. Os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo masculino, 47 anos, sem antecedentes patológicos, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de hematoquézia. Apresentava hemoglobina de 10,2 g/dL. Foi realizada colonoscopia total com ileoscopia, sem lesões sangrantes, mas com visualização de sangue no íleon. Realizou-se endoscopia digestiva alta para exclusão de hemorragia digestiva alta que foi normal. No sentido de identificar uma causa de hemorragia com sede no intestino delgado fez : cintigrama para despiste de divertículo de Meckel, que assinalou área hipervascularizada na região pélvica, sugestiva de neoformação ou displasia vascular, e tomografia computadorizada que evidenciou massa intra-peritoneal na transição do flanco e fossa ilíaca esquerda com características de tumor do intestino delgado. Foi submetido a ressecção segmentar do intestino delgado. O exame histológico revelou GIST de risco intermédio de malignidade. O doente teve alta hospitalar referenciado para Consulta de Oncologia Médica, onde mantém acompanhamento.

Local de trabalho:

Hospital de Santo André, Leiria

16



17 LINFOMA MALT E NEOPLASIA DA MAMA: CASUALIDADE OU ASSOCIAÇÃO CLÍNICA?

Autor

Sousa A., Magalhães J., Peixe B., Sousa D., Bretes L., Guerreiro H.

Resumo

O linfoma gástrico MALT é uma neoplasia de células B, pouco frequente, caracterizado por curso indolente. Os autores descrevem um caso de linfoma gástrico MALT em mulher, 60 anos de idade, com antecedentes de carcinoma ductal invasivo da mama tratada cirurgicamente e com quimio e hormonoterapia adjuvantes. A referir, filha falecida com leucemia mielóide aguda. No estadiamento do linfoma, tratava-se de um estágio IE da classificação de Ann Arbor modificada por Musshoff. Endoscopia de controlo aos 6 meses, sem linfoma mas com *Helicobacter pylori* (Hp) dada a resistência à terapêutica de primeira linha. Conseguiu-se erradicação num segundo ciclo (IBP + doxiciclina + metronidazol). Aos 12 meses de vigilância, efectuada nova endoscopia alta com biopsias múltiplas que confirmou a regressão completa do linfoma e erradicação do Hp. O doente tem 20 meses de follow-up, encontrando-se em remissão completa. Discute-se se eventual predisposição individual/familiar, e/ou estado imunitário do doente poderão ser factores etiopatogénicos no desenvolvimento do tumor sólido do sistema imune.

Local de trabalho:

Hospital Faro, E.P.E



18 TRANSPLANTE HEPÁTICO: COMPLICAÇÃO INFECCIOSA

Autor

Rego A.C., Ribeiro S., Nunes N., Pereira J.R., Paz N., Duarte M.A.

Resumo

Os autores apresentam o caso clínico de complicação infecciosa em doente submetido a transplante hepático em Abril de 2007. Trata-se de um doente do sexo masculino, de 56 anos de idade, transplantado por carcinoma hepatocelular enxertado em doença hepática crónica de etiologia alcoólica. Em Maio de 2009 apresentou dermatose localizada à nádega direita, face posterior do membro inferior direito e bordo lateral externo do pé direito, caracterizada por placas eritematosas, de contornos bem definidos, com superfície vesiculada, tendo sido diagnosticado herpes zoster no território do ciático. Foi medicado com valaciclovir durante 7 dias com boa evolução. As taxas de sobrevida do transplante hepático têm vindo progressivamente a melhorar devendo-se este aumento da sobrevida à melhoria das técnicas cirúrgicas, maior conhecimento e adequado uso dos agentes imunossupressores, melhoria nos métodos de diagnóstico, bem como detecção atempada, prevenção e tratamento das infecções oportunistas.

Local de trabalho:

Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada

18



19 VALIDAÇÃO PROSPECTIVA DE UM ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE COLEDOCOLITÍASE

Autor

Ramos R, Areia M, Souto P, Camacho E, Gomes D, Rosa A, Gouveia H, Leitão M.C.

Resumo

Introdução: Na abordagem terapêutica da coledocolitíase é fundamental um raciocínio clínico (ou algoritmo diagnóstico) com elevada sensibilidade, de forma a propor o tratamento correcto com realização de CPRE terapêutica apenas aos doentes com elevada probabilidade de terem litíase da via biliar principal (VBP). **objectivo:** Avaliar prospectivamente a acuidade de um algoritmo para o diagnóstico de coledocolitíase, elaborado num Serviço de Gastroenterologia. **Material e métodos:** Com base em critérios clínicos (antec. colecistectomia ou litíase da VBP, idade > 55 anos), analíticos (bilirrubina total > 1,8 mg/dL) e ecográficos (VBP > 7mm) foi elaborado um algoritmo para o diagnóstico de coledocolitíase. Nos casos de risco elevado foi proposta CPRE enquanto nos casos de risco baixo foi sugerida CPRM complementar. Foi aplicado prospectivamente o algoritmo em 84 doentes com suspeita clínica de coledocolitíase. A CPRE foi considerada a técnica “gold standard”. **Resultados:** Para o diagnóstico de coledocolitíase, o algoritmo apresentou os seguintes valores: sensibilidade 97%, especificidade 69%, valor preditivo positivo 88% e valor preditivo negativo 90%, com uma acuidade global de 88%. **Conclusão:** Em doentes com suspeita clínica de coledocolitíase, o algoritmo revelou uma sensibilidade elevada (97%) para o diagnóstico de litíase da via biliar permitindo uma correcta selecção dos doentes a quem propor CPRE terapêutica.

Local de trabalho:

Centro Hospitalar Cova da Beira



20 Impacto clínico da videoenteroscopia por cápsula em doentes com hemorragia digestiva de causa obscura

Autor

Rebello A, Rosa B, Moreira MJ, Cotter J

Resumo

Introdução: A videoenteroscopia por cápsula (VEC) é altamente sensível na detecção de lesões do intestino delgado em doentes com hemorragia digestiva de causa obscura (HDCO). No entanto, pouco é sabido em relação à consequente abordagem e evolução destes doentes. **objectivo:** Avaliar o impacto da VEC na abordagem e na evolução dos doentes com HDCO. **Material e Métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo incluindo 99 doentes consecutivos referenciados para realização de VEC por HDCO (79 por HDCO oculta e 20 por HDCO visível). A VEC foi realizada após estudo endoscópico alto e baixo negativos e o follow-up foi efectuado através da colheita de informação clínica dos respectivos processos clínicos. **Resultados:** Amostra constituída por 65 mulheres (66%) e 34 homens (34%) com idade média de 59,9 anos (22 – 87 anos) e um período médio de follow-up de 15 meses (3 – 42 meses). Os doentes referenciados por HDCO visível apresentaram achados positivos na VEC em 80%. Aqueles referenciados por HDCO oculta apenas o apresentaram em 54% ($p < 0,05$). A necessidade transfusional e o valor de hemoglobina médio nestes subgrupos também foram estatisticamente diferentes: 2,05 vs 1,3 unidades e 7,9 vs 8,6 g/dL, respectivamente. Após a VEC, foram efectuados mais estudos invasivos do intestino delgado nos doentes com achados positivos na VEC (61% vs 30%, $p < 0,01$), sendo também neste grupo mais vezes realizados tratamentos invasivos endoscópicos e cirúrgicos ($p < 0,001$). A evolução favorável/resolução foi definida como a ausência de HD visível e um valor de hemoglobina normal no último resultado laboratorial disponível e verificou-se em 67 dos 99 doentes (67,7%). **Conclusões:** A VEC tem um importante impacto na avaliação diagnóstica, estratégia terapêutica e evolução clínica dos doentes com HDCO, com uma taxa de resolução de 67,7% após estratégia estabelecida na sequência da realização de VEC.

Local de trabalho:

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães



21 EXPERIÊNCIA INICIAL EM ECOENDOSCOPIA NUMA REGIÃO ULTRAPERIFÉRICA

Autor

Sousa HT, Neves P, Pereira E, Toste M

Resumo

objectivos: Caracterização da experiência inicial em ecoendoscopia (EE) numa região ultraperiférica. Avaliação das acuidades diagnósticas no estadiamento locoregional de neoplasias digestivas e em patologia pancreato-biliar. Material e métodos: Análise retrospectiva das EE realizadas nos primeiros 8 meses na Região Autónoma dos Açores (RAA). Utilizaram-se ecoendoscópios radial e linear Pentax® [EG3670URK; EG-3870UTK], agulhas Cook-EchoTip® 22G e ecógrafo Hitachi® EUB-5500. Resultados: Realizaram-se 110 EE [87(79.1%) EE altas] em 107 doentes [59.4±14.3a; 55% homens; follow-up 2.3(0.1,9)m]. Ecografia digestiva precedendo a EE em 43(39%) casos. Todas (n=3) as EE lineares visaram PAAF [possível GIST-2; LSE esofágica-1]. Das 107 (97.3%) EE radiais, 55(51.4%) versaram a parede digestiva [LSE/compressão extrínseca-26; estadiamento/controlo de neoplasia digestiva-22; canal anal-4; outra-3], e as restantes (48.6%) a avaliação pancreato-biliar [dilatação VBP±Wirsung-17; lesões pancreáticas focais-14; p.aguda idiopática/exclusão coledocolitíase-12; outras-9]. Acuidades do estadiamento T e N 81.8% e 85.7% [n=16], e da EE pancreatobiliar 96.1% [S-97.4%; E-92.8%]. A EE acrescentou informação relevante em 80(72.7%) casos, com modificação da orientação em 49(62.3%). Conclusões: A utilização da EE cifrou-se em aproximadamente 14 exames mensais, metade dedicados à avaliação pancreato-biliar. Apesar do curto follow-up, as elevadas acuidades diagnósticas asseveram a qualidade do serviço prestado à RAA.

Local de trabalho:

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



PANCREATITES AGUDAS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2 ANOS

Autor

Velosa, M.; Ladeira, N; Silva, R; Jardim, I.; Andrade, C.; Teixeira, R.

Resumo

objectivos: Caracterização demográfica da população de doentes com o diagnóstico de pancreatite aguda durante o período de 2 anos, com caracterização etiológica, de critérios de gravidade – PCR às 48h, APACHE II à admissão, critérios de Ranson – presença de complicações locais e complicações durante o internamento. Avaliação dos critérios de gravidade como preditores do desenvolvimento de complicações para a referida amostra. Material e Métodos: Análise retrospectiva dos internamentos ocorridos durante 2 anos (1 de Janeiro 2007- 31 de Dezembro 2008) no Hospital Central do Funchal. Registados elementos demográficos, dados clínicos e resultados de exames complementares para cada internamento. A análise estatística efectuada com o programa SPSS (p<0,05). Resultados: 260 episódios de pancreatite aguda (220 doentes), com idade média 59 anos, maioria sexo masculino (53,5%). Tempo médio de internamento: 9,86 dias. As etiologias mais frequentes foram: litiásica (36,9%) e alcoólica (31,9%). A existência de derrame pleural e de complicações durante o internamento verificou-se em 10,4% e 15,4% dos doentes, ocorrendo principalmente nos doentes com Score APACHE II ≥8 à admissão (p=0,000; p=0,023), Critérios de Ranson ≥3 (p=0,005; p=0,000) e PCR> 150 mg/dL às 48h (p=0,000). A mortalidade global foi 3,1%. Conclusões: A pancreatite aguda foi mais frequente no sexo masculino, sendo a etiologia mais frequente a litiásica. Os critérios de gravidade estudados estão relacionados com o surgimento de complicações associadas a esta patologia.

Local de trabalho:

Hospital Central do Funchal Serviço de Gastroenterologia

22



23 CARACTERIZAÇÃO ANATOMO-PATOLÓGICA DO CANCRO ESOFÁGICO E GÁSTRICO NUMA ÁREA DE ALTA INCIDÊNCIA.

Autor

Soares JB*, Ferreira A*, Leão P**, Anjos B**, Rolanda C*, Machado A*, Pardal F***, Gonçalves R*.

Resumo

objectivo: Avaliar a evolução das características anatomico-patológicas (localização e histologia) do cancro esofágico (CE) e gástrico (CG) na população abrangida pelo nosso hospital, comparando 2 anos separados por 1 década. Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico de CE e CG nos anos 1997 e 2007, referenciados ao nosso hospital (área de influência directa com 300000 habitantes). Resultados: Em 1997 e 2007 registaram-se, respectivamente, 16 (incidência-5/100000) e 13 (incidência-4/100000) casos de CE. Em 1997, a localização dos CE era: terço superior/médio-8 casos; terço inferior-8 casos. A distribuição histológica era: carcinoma epidermóide-12 casos; adenocarcinoma-2 casos; desconhecido-2 casos. Em 2007, não se registaram alterações significativas na localização, nem na histologia. Em 1997 e 2007 registaram-se, respectivamente, 101 (incidência-33/100000) e 108 (incidência-36/100000) casos de CG. Em 1997, a localização dos CG era: cárdia-18 casos; não-cárdia-77 casos; desconhecido-6 casos. A distribuição histológica era: tipo intestinal-40 casos; células em anel sinete-23 casos; outros, desconhecido ou não classificável-35 casos. Em 2007, não se registaram alterações significativas na localização, nem na histologia. Conclusão: Na região servida pelo nosso hospital, o adenocarcinoma esofágico e do cárdia continuam raros, quando comparados, respectivamente, com o cancro epidermóide do esófago e do adenocarcinoma gástrico não-cárdia.

Local de trabalho:

Serviço de Gastrenterologia, ** Serviço de Cirurgia e *** Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Braga.



24 ENDOSCOPIA DIGESTIVA NA ANEMIA FERROPÉNICA - ESTUDO RETROSPECTIVO

Autor

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

Resumo

Introdução: A anemia ferropénica é motivo frequente de estudo endoscópico do tubo digestivo pois resulta, na maioria das vezes, de perdas crónicas de sangue a esse nível. Porque podem coexistir lesões no aparelho digestivo superior e inferior, a maioria dos autores recomenda a realização tanto da endoscopia digestiva alta como da colonoscopia. Objectivos: Avaliar a prevalência e localização de lesões gastrointestinais numa população portuguesa submetida a endoscopia digestiva alta e colonoscopia para estudo de anemia ferropénica. Material e Métodos: Estudo retrospectivo, baseado na consulta de processos clínicos de doentes com anemia ferropénica que realizaram endoscopia digestiva alta e colonoscopia entre 2004 e 2007. Resultados: Identificaram-se 76 indivíduos com anemia ferropénica (34 homens; média de idades de 66,1 anos) que realizaram estudo endoscópico do tubo digestivo no período de tempo considerado. Em 21 (27,6%) endoscopias digestivas altas e em 13 (17,1%) colonoscopias encontraram-se lesões potencialmente responsáveis pela anemia. Seis (7,9%) indivíduos tinham lesões em ambos os exames. Das lesões encontradas (N=40), treze eram de origem neoplásica (32,5%) com predominância pelo sexo masculino ($p > 0,05$). Conclusão: A elevada prevalência de lesões malignas apoia a realização de ambos os exames como parte do estudo inicial dos indivíduos com anemia ferropénica.

Local de trabalho:

Hospital do Espírito Santo de Évora EPE

