

POSTERS

P 01

TUBERCULOSE ANAL – UM DESAFIO PARA O PROCTOLOGISTA

Gloria Maria Pinto de Figueiredo; Maria Roberta Meneguetti; Seravali Ramos

Hospital Municipal da Piedade/ RJ

Introdução: A tuberculose é uma das 10 principais causas de morte no mundo, sendo a gastrointestinal responsável por 1% das apresentações, e o anoperineal ocorrendo em menos de 1% destas.

Objetivo: Relatar um caso de tuberculose anorretal, e a dificuldade diagnóstica desta patologia.

Material e métodos: O paciente era masculino, 54 anos, com história de contato recente com familiares com tuberculose pulmonar, sendo acompanhado no nosso serviço desde 2011, por conta de lesões perianais dolorosas, e fistulizadas. Foi submetido a múltiplos procedimentos cirúrgicos incluindo biópsias para análises histopatológicas e culturas de tecidos. Foram propostos também diversos tratamentos clínicos, todos com resposta parcial, mas manutenção da lesão ulcerada, circunferencial e secretiva. Foi submetido a nova biópsia, com cultura específica para BK, sorologias e Radiografia do tórax, esta última mostrando cavitações, e a cultura positiva para BK.

Resultados: o paciente foi encaminhado para serviço de Infectologia, iniciando esquema RIPE, com importante melhora da lesão anal, já nos primeiros 15 dias.

Discussão e Conclusão: O local mais comum da Tuberculose gastrointestinal é a região ileocecal. O diagnóstico na área anorretal, por ter acometimento raro, se torna difícil. Possui diversos tipos de apresentação, mas principalmente nas formas ulcerativa, e fistulizada. O caso em questão se apresentou como uma fístula anal complexa, que não cicatrizou no pós-operatório, o que nos levou a diversos diagnósticos diferenciais (como doença de Crohn, neoplasia, doenças sexualmente transmissíveis...). Por conta de múltiplas biópsias e histopatológicos negativos, o diagnóstico final se tornou ainda mais complicado.

Desta forma, ao nos depararmos com lesões anais recorrentes de difícil cicatrização, em áreas com altas taxas de tuberculose, a coleta da história social se torna fundamental, e a hipótese de acometimento anorretal desta patologia deve ser sempre pensado.

P 02

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PILONIDAL SACROCOCCÍGEO - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 4 ANOS

Diana Parente; Inês Sousa; Miguel Neves; Inês Sales; Sandra Ferraz; Nuno Rama; Vitor Faria

Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: O sinus pilonidal sacrococcígeo (SPSC) é uma doença frequente da pele e tecido celular subcutâneo. A técnica cirúrgica ideal para o seu tratamento está ainda por definir, sendo que todas estão associadas a elevada morbidade.

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar os dados demográficos e os resultados do tratamento cirúrgico do SPSC.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 215 doentes com SPSC submetidos eletivamente a tratamento cirúrgico num período de 4 anos.

Resultados: Foram operados 215 doentes com média de idade de 25 anos, 70,7% eram do sexo masculino. Na maioria dos casos (87,4 %), foi realizada ressecção em bloco com encerramento primário; cicatrização por segunda intenção e retalho de Limberg em 7,9 % e 4,7% dos doentes, respetivamente. A taxa de complicações global foi de 30,7% (66 doentes) e incluía deiscência (28), seroma (21), infeção da ferida operatória (14) e hematoma (3). Doentes que realizaram antibioterapia no pós-operatório apresentaram menos infeção da ferida operatória, com significado estatístico. Recidiva ocorreu em 18 doentes (8,4%).

Discussão/Conclusão: O tratamento cirúrgico do SPSC está associado a elevada morbidade, não existindo ainda uma técnica ótima. No nosso estudo a taxa de recidivas é baixa, mas identificamos uma necessidade de melhoria na taxa de complicações. No futuro, pretendemos implementar o uso de técnicas minimamente invasivas.

P 03

APLICAÇÃO DA MANOMETRIA ANORRETAL DE ALTA RESOLUÇÃO NO ESTUDO DA INCONTINÊNCIA ANAL EM MULHERES: QUAIS SÃO OS VALORES DE NORMALIDADE PARA A COMPARAÇÃO?

António Oliveira; Joana Carvão; Nélia Abreu; Nuno Ladeira; Luis Jasmins

Hospital Central do Funchal

Introdução: Na última década, a Manometria de Alta Resolução (MAR) revolucionou o estudo funcional e ajudou no diagnóstico sobretudo da dismotilidade esofágica. Na MAR anorretal (MARA) não foi possível atingir ainda esse grau de confiança e qual o verdadeiro papel na avaliação dos doentes. Foram realizados sete estudos em população saudável, variando amplamente equipamentos e protocolos, com sondas de perfusão com água (MARA-PA) e de estado sólido (MARA-ES), com o intuito na determinação das médias de cutoff manométricas para sexo e idade.

Objetivos: Avaliamos nossa população de incontinência anal feminina em relação às médias obtidas em cada estudo.

Métodos: Estudo retrospectivo de doente do sexo feminino encaminhadas para estudo de incontinência anal, avaliadas por MARA entre 2017 e 2019, realizada por único operador, com cateter MMS G-88485 (MARA-PA). A comparação foi feita com os valores normais para a população feminina dos seguintes estudos: Viebig *et al.* (MARA-PA1), Li *et al.* (MARA-ES-1), Noelting *et al.* (acima de 50 anos, MARA-ES-2), Lee *et al.* (MARA-ES-3), Carrington *et al.* (MARA-ES-4), Cross *et al.* (MARA-ES-5), Rasijeff *et al.* (MARA-AP-2).

Resultados: 26 pacientes do sexo feminino, com mediana: idade $63,5 \pm 10,49$ anos [39-81], pressão anal de repouso (PR) $38,1 \pm 23,1$ mmHg [12,4-85,9], pressão anal máxima em repouso (PMR) $44,15 \pm 24,5$ mmHg [14-92,7], pressão máxima de contração voluntária (PMC) $94,5 \pm 46,4$ mmHg [37,5-187,6] e incremento de pressão anal (IPA) $57,9 \pm 32,31$ [17,2-116,7].

Comparando com os estudos e os suas médias de normalidade, as medianas da nossa população foram inferiores, variando para a PR entre 88,46-34,62% [MARA-AP-1; MARA-ES-1]; PMR em 84,62-65,38% [MARA-ES-5; MARA-ES-1]; PMC em 100-30,77% [MARA-ES-4 / MARA-ES-5; MARA-ES-1] e IPA em 88,46-11,54% [MARA-ES-4; MARA-ES-1]. Nenhum dos estudos apresentou valores médios para todas as variáveis, apenas 3 (43%) apresentaram valores normais para três parâmetros, mesmo que distintos.

Conclusão: Obtivemos apenas menor intervalo de distribuição para o PMR, que nem é padronizadamente avaliado, sendo o restante dos parâmetros variando mais de 50%. As razões para as discrepâncias encontradas provavelmente serão numerosas, mas torna-se então necessário uma técnica padronizada, para que os resultados possam ser interpretados entre instituições e para melhor caracterizar através de MARA uma condição tão prevalente.

P 04

LESÃO DO RECTO DISTAL – DIFÍCIL DECISÃO

Lomba-Viana H.¹; Correia A.¹; Queiroz H.¹; Silva J.¹; Gonçalves G.²; Moura A.³; Carvalho I.³; Mesquita T.³; Aroso M.³

Serv. de Gastrenterologia¹, Medicina Interna², Cirurgia³, Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto (D. Pedro V)

Introdução: O carcinoma colo-rectal (CCR) é uma das neoplasias mais frequentes em Portugal.

Objetivo: Chamar a atenção para a importância do rastreio do CCR.

Resumo do caso: Mulher com 52 anos com alteração recente do trânsito intestinal e eliminação de muco nas fezes. Colonoscopia: “lesão plana, extensa, recto distal, ocupando metade da circunferência, atingimento do canal anal”. Histologia: “adenoma tubular, displasia de baixo grau”. Nova colonoscopia após 2 meses: “lesão vegetante, componente viloso, parcialmente ulcerada, localizada entre a margem anal e os 10 cm”. Histologia: “adenoma tubulo-viloso, displasia de alto grau”. Ressonância Magnética Pélvica (RM): “lesão ocupando espaço, características vegetantes e infiltrativas, maior volume na ampola rectal, extensão de 89 mm; espessamento circunferencial excêntrico na região recto-sigmoideia, expressão de massa estenosante do lúmen, envolvimento do terço superior do esfíncter anal interno, em contacto com o levantador do ânus; infiltração da gordura peri-rectal adjacente”. Ecoendoscopia Anal: “lesão infiltrativa da parede rectal, entre 2-12 cm, heterogénea, envolvendo toda a extensão da mucosa e da muscularis mucosae, duas áreas com atingimento da sub-mucosa profunda e muscularis própria; uma adenopatia perilesional de 5,4 mm. Estadiamento: “Neoplasia do recto uT1sm/T2N+”. Proposta para Químio-Radiossensibilização com capecitabina, antes de efectuar cirurgia. Boa tolerância hematológica mas queixas a nível anal e pélvico, relacionadas com a RT: crise hemorroidária aguda e fissuras

anais. Completou 25 sessões de RT associadas a QT. RM controle pós QT e RT: “extenso espessamento parietal circunferencial e irregular na metade inferior do recto, extensão de 87 mm, infiltração da totalidade da parede do recto, densificação irregular e espiculada da gordura meso-rectal adjacente e mais de 3 adenopatias pericentimétricas suspeitas na gordura meso-rectal”. Estadiamento tumoral imagiológico: T3 N2 MX. Efectuou amputação abdomino-perineal. Histologia da peça operatória: resposta patológica completa: ypT0N0R0. Devido aos dados clínicos e imagiológicos pré-tratamentos, assumiu-se o diagnóstico de neoplasia do recto localmente avançado e prosseguiu-se para tratamento adjuvante com QT.

Relevância: A importância do rastreio do cancro colo-rectal; as indicações dadas pelos diferentes meios complementares de diagnóstico; a dificuldade na decisão terapêutica a instituir.

P 05

TUMOR NEUROENDÓCRINO DO COLON

Diana L. Gomes; Carolina Matos; Mariana Leite; Fernando Barbosa; Rui Torres

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Os tumores neuroendócrinos do aparelho digestivo são uma entidade muito rara. Este tipo de lesões do trato digestivo encontra-se com mais frequência no apêndice, ileon, reto, estômago e muito raramente no colon. A maioria das lesões é assintomática e encontram-se incidentalmente na endoscopia digestiva baixa de rotina. Os carcinóides do colon proximal poderão ser bioquimicamente ativas pelo que a presença de sintomas está descrita nos tumores com >5cm. As lesões do colon distal raramente produzem sintomas.

Objetivo: Apresentar uma forma de neoplasia rara do colon.

Resumo do caso: Homem de 50 anos com antecedentes pessoais de HIV-1 estando medicado com terapêutica anti-retroviral (TAR) com carga viral suprimida. Hipertensão e dislipidemia.

Realizou colonoscopia de rotina que mostrou presença de lesão vegetante do cego de características suspeitas. Foram feitas biopsias que descreveram alta probabilidade de tumor neuroendócrino do colon. Fez exames de estadiamento que mostraram:

-TC TAP: Sem evidência de lesões à distância. “Destaca-se área de aparente espessamento parietal irregular e

discreto realce pós-contraste no cego aparentemente adjacente à válvula do ileo-cego com cerca de 3cm em presumível relação com o já conhecido foco neoplásico. De referir associação de densificação dos planos adiposos fasciais adjacentes, bem como dispersos gânglios também adjacentes com características de suspeição.

-Análises: sem anemia, CEA dentro dos valores de referência.

Doente submetido a hemicolectomia direita por via laparoscópica. Pós-operatório sem complicações. Pedido doseamento de Cromogranina A após a cirurgia, sendo o valor normal (14ng/mL).

Histologia da peça: “... a 2,2 cm distalmente á valvula ileocecal observa-se neoplasia vegetante de 2,3X2,2X1cm. A neoplasia invade a camada muscular própria. Com margens de invasão linfovascular e sem imagens de permeação peri-neural. Do tecido adiposo pericólico isolaram-se 17 gânglios linfáticos estando 1 metastizado. Alterações morfológicas e imunohistoquímicas compatíveis com tumor neuroendócrino bem diferenciado, pT3 N1 G1.

Relevância do caso: Segundo a literatura médica os tumores neuroendócrinos com mais de 2cm apresentam maior potencial de metastização á distância pelo que está indicada a ressecção radical da lesão em comparação com as lesões com <1cm em que está apenas recomendada a excisão endoscópica. A OMS estabeleceu um sistema de classificação que para prever o potencial de malignização destas lesões.

P 06

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORROIDAS E FÍSTULAS PERIANAIS POR LASER – ANÁLISE RETROSPECTIVA

Marta Reia; Miguel Angel Fernández; Carlos Figueiredo; Coral Aguero; Victor Silva; Carlos Penalva Santos

Hospital Santa Luzia, Elvas Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Introdução: A doença hemorroidária e as fistulas perianais são uma patologia com prevalência importante com forte impacto na qualidade de vida dos doentes. Actualmente, estão descritas várias modalidades de tratamento conservador e cirúrgico. Recentemente, o tratamento destas patologias por laser tem vindo a afirmar-se, assim como os resultados descritos na literatura mais recente.

Objetivo: Análise dos resultados de cirurgia por laser em hemorroidas e fistulas perianais

Material e método: análise retrospectiva de 47 doentes

submetidos a tratamento cirúrgico por laser.

Resultados: A amostra é constituída por 47 doentes, dos quais 34 com doença hemorroidária (13 mulheres e 21 homens) e 13 com fistula perianal (11 eram homens e 2 mulher). Na patologia hemorroidária descrevem-se 2 hemorroidas externas; 6: grau II, 23: grau III, 3: grau IV. Eram 33 casos iniciais e 1 recidiva; Sem complicações no pós-operatório imediato, mas tardiamente relata-se 1 caso de proctalgia e outro de rectorragia. FUP de 5 a 48 meses com 1 recidiva e 5 doentes abandonaram a consulta. Na amostra de fistulas perianais, 3 eram extra-esfínctericas, 7 interesfínctericas e 3 transesfíncterianas. Não houve complicações no pos-operatorio imediato; relata-se 1 caso de proctalgia no pós-operatório tardio. FUP de 5 a 48 meses com 7 casos apresentaram recidiva (4 colocaram setton, 2 repetiram cirurgia laser e 1 doente abandonou a consulta).

Discussão/Conclusão: No caso das hemorroidas, a cirurgia tem indicação nos grau III, IV e grau II refractário a tratamento conservador ou instrumental. A cirurgia engloba a hemorroidectomia clássica, hemorroidectomia com dispositivo de energia bipolar avançada, hemorroidopexia, HAL-RAR e cirurgia por laser. A análise realizada evidencia que o procedimento mediante laser oferece menor dor e hemorragia no pós-operatório e ainda um retorno precoce à actividade profissional. Relativamente às fistulas perianais complexas, que apresentam risco elevado de compromisso da continência quando realizada fistulotomia, deve tentar-se um procedimento com vista à preservação do esfíncter. Existem várias opções tais como preenchimento do trajecto com cola de fibrina ou matriz de colagénio e retalho de avanço endorectal, laqueação do trajecto no espaço interesfíncteriano ou ablação do trajecto com laser. Apesar de algumas recidivas, apresenta também menos dor no pós-operatório, mantém a continência e permite retorno precoce à actividade profissional.

P 07

NEUTROPENIA FEBRIL E COLITE ULCEROSA – UMA REVIRAVOLTA DIAGNÓSTICA

Verónica Gamelas; Sara Santos; Rita Saraiva; Guilherme Simões; Manuel Rocha; Verónica Borges; Carlos Bernardes; Joana Saiote; Diana Carvalho

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Uma mulher de 58 anos foi encaminhada ao Serviço de Urgência por anorexia, perda ponderal, diarreia e febre com 1 mês de evolução. Tinha antecedentes de

colite ulcerosa esquerda com 10 anos de evolução e em remissão sob 5-ASA.

À admissão apresentava anemia, leucopenia e disfunção hepática (INR espontâneo elevado, hipoalbuminémia com anasarca e citocolestase hepática). Foi submetida a tomografia computadorizada, que mostrava múltiplas adenopatias intra-abdominais e latero-aórticas, hepatoesplenomegalia e espessamento circunferencial heterogéneo e irregular da junção reto-sigmoideia. Foi realizada colonoscopia limitada aos 20 centímetros da margem anal pelo risco iatrogénico, onde se observaram úlceras profundas grandes (algumas com mais de 10 centímetros de diâmetro) com margens elevadas e irregulares entre os 10 e 20 centímetros da margem anal, entre as quais se definiam ilhas de mucosa edemaciada e com aspecto polipóide. O estudo infeccioso, incluindo serologia EBV, foi negativo.

A avaliação histológica das biópsias da mucosa foi compatível com linfoma de Hodgkin. O estadiamento mostrou envolvimento da medula óssea.

A doente morreu em choque séptico antes que qualquer terapia específica pudesse ser implementada.

As doenças linfoproliferativas na doença inflamatória intestinal associam-se a estados de inflamação crónica e/ou, sobretudo, a terapêutica imunossupressora, ambos ausentes no caso clínico apresentado. O Linfoma de Hodgkin representa 10% dos casos de doenças linfoproliferativas na doença inflamatória intestinal.

P 08

ACTINOMICOSE ABDOMINAL: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Marques Sara; Machado-Neves Raquel; Ruiibal Gonzalo; Barbosa Eva

Hospital Pedro Hispano (ULSM)

Introdução: A actinomicose é uma entidade clínica rara causada por uma bactéria anaeróbia gram-positiva (*Actinomyces spp.*) que pode ter diversas apresentações clínicas e mimetizar uma neoplasia. Estes bacilos integram a flora comensal do trato gastrointestinal e apenas originam uma infeção patológica em caso de disrupção da mucosa.

Objetivo: Avaliar e caracterizar a amostra de pacientes diagnosticados com actinomicose abdominal no Hospital Pedro Hispano entre 2009 e 2019.

Materiais e métodos: Os autores realizaram um estudo retrospectivo dos pacientes diagnosticados com acti-

nomíose abdominal no Hospital Pedro Hispano entre 2009 e 2019. Para tal foi obtida uma listagem de todos os doentes com codificação para actinomicose e foram consultados os processos clínicos dos doentes selecionados. Foram excluídos os doentes com informação insuficiente no processo ou com um quadro de actinomicose não abdominal.

Resultados: Entre 2009 e 2019 foram observados 16 casos de actinomicose abdominal (9 mulheres e 7 homens) com uma média de idades de 49,6 anos. Neste estudo foram identificados como fatores predisponentes: uso de dispositivo intrauterino (2 casos), apendicite perfurada (3 casos), doença de Cronh (1 caso), neoplasia concomitante (5 casos), cirurgia recente (3 casos), alcoolismo crónico (2 casos). Dos casos descritos, 5 tiveram uma apresentação sob a forma de pseudotumor inflamatório (1 do estômago, 1 da parede abdominal, 1 do intestino delgado e 2 do cólon). São descritas as características clínicas, os procedimentos diagnósticos, os diagnósticos diferenciais e a manutenção terapêutica desta patologia.

No presente trabalho, os autores dão destaque aos dois casos com apresentação inicial sob a forma de pseudotumor inflamatório do cólon. Ambos os casos foram diagnosticados pós-cirurgicamente e completaram terapêutica antibiótica com resolução completa do quadro.

Conclusão: O presente estudo permite destacar as diversas formas de apresentação da actinomicose abdominal, salientando que é uma entidade rara que pode mimetizar uma neoplasia e deve sempre ser incluída no diagnóstico diferencial de massas abdominais. Qualquer órgão abdominal pode ser afetado. Uma biópsia pré-cirúrgica deve ser realizada sempre que possível de modo a promover um diagnóstico atempado, evitando assim cirurgias desnecessárias. No entanto, a possibilidade de uma neoplasia subjacente não deverá ser excluída, especialmente se a massa persistir após antibioterapia dirigida.

P 09

OCCLUSÃO INTESTINAL POR ENDOMETRIOSE

Raquel Prata Saraiva; Inês Mónica; Andreia Amado; Ana Paula Torre; Sílvia Costa; Antónia Póvoa; Elisa Paredes; Jorge Maciel
CHVNG/E

Introdução: A endometriose é uma doença benigna que se caracteriza pela presença de tecido endometrial extra-uterino. É uma patologia estrogénio-dependente

e afeta cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva. Tipicamente, as lesões localizam-se na pélvis porém a sua localização não ginecológica mais frequente é o tubo digestivo, envolvendo mais comumente o cólon sigmóide e o recto. A endometriose gastrointestinal denomina-se por endometriose infiltrativa profunda e, raramente, pode provocar obstrução intestinal.

Objetivo: Descrição de um caso clínico de oclusão intestinal por foco de endometriose.

Resumo do caso: Doente de género feminino, 36 anos, com antecedentes pessoais de endometriose e apendicectomia há 10 anos, recorreu ao serviço de urgência do CHVNG/E com sinais e sintomas sugestivos de oclusão intestinal com 3 semanas de evolução. A TAC abdominal-pélvica demonstrou redução significativa do calibre ao nível do sigmóide com distensão marcada do cólon a montante, com níveis hidroaéreos presentes e líquido livre peritoneal. A doente foi submetida a laparotomia exploradora em contexto de urgência. Os achados intra-operatórios foram compatíveis com estenose do cólon sigmóide por massa pélvica envolvendo os anexos esquerdos e em íntima relação com útero e recto, pelo que se decidiu a realização de operação tipo Hartmann e ooforectomia esquerda.

O resultado do estudo anatomo-patológico revelou lesões de endometriose na parede cólica, atingindo camadas musculares e subserosa. Na peça de ooforectomia esquerda não se identificaram estruturas poupadas de ovário, apenas alterações características de endometriose. Em ambas as peças não se identificaram alterações suspeitas de malignidade. O pós-operatório foi complicado por infeção do local cirúrgico com necessidade de TPN. Teve alta ao 27º dia pós-operatório, clinicamente estável.

Relevância: A oclusão intestinal mecânica por endometriose é um evento muito raro que ocorre em cerca de 1% das mulheres com endometriose, sendo o seu tratamento emergente. Pelos antecedentes já conhecidos da doente, foi sugestiva uma oclusão por endometriose. No entanto, pode ocorrer desconhecer-se o diagnóstico. Assim, a descrição deste caso clínico tem relevância clínica por evidenciar a necessidade dos cirurgiões considerarem a endometriose como causa da oclusão intestinal em mulheres de idade fértil com abdómen agudo.

P 10

PÓLIPO RECTAL – LESÃO PRECURSORA DE CARCINOMA DO RECTO

Mariana Leite; Diana Gomes; Paulo Passos; Teresa Almeida
ULSAM - Hospital Santa Luzia

Introdução: Os pólipos colo-rectais são uma patologia frequente na população em geral. A maioria ocorre esporadicamente, e habitualmente são assintomáticos. O principal problema associado a estes é o seu potencial de progressão maligna, de forma silenciosa.

Objetivo: Descrição de um caso clínico de uma doente submetida a ressecção transanal de pólipo rectal.

Material/Métodos: Sexo feminino, 38 anos, AP irrelevantes, observada em consulta de Cirurgia Geral por retorragias. Ao exame objetivo, detetada formação polipóide na face posterior do reto a cerca de 4 cm da margem anal. Realizou ECD, nomeadamente colonoscopia “Lesão polipóide com aparente componente viloso a cerca de 3/4cm da margem anal”; biópsia da lesão - pólipo adenomatoso tubuloviloso com displasia de alto grau; RM pélvica “A 4cm da margem anal, espessamento da parede posterior do reto com massa adjacente com uma espessura de 4cm. Adenopatias nas cadeias ilíacas externas bilateralmente”; e ecoendoscopia “Lesão homogénea, hipoeoica, envolvendo a mucosa e submucosa; não se observam adenopatias perilesionais”. Face aos achados submetida a ressecção transanal da lesão. Resultado histológico da peça – “adenocarcinoma invasor bem diferenciado, associado a adenoma viloso com displasia de alto grau, com invasão da superfície da camada muscular, sem imagens de inv – são linfovascular nem permeação perineural – adenocarcinoma do reto, pT2”. Discutido caso em reunião de grupo oncológico colo-rectal, decidindo-se a realização de TC toracoabdominopélvico (sem lesões suspeitas) e RM pélvica (“formações ganglionares milimétricas na gordura mesorretal, sem claro aspecto de suspeição; sem envolvimento da fásia mesorretal ou de órgãos adjacentes – T0 N1-B Mx”). Face aos resultados, proposta para QT/RT neoadjuvante.

Discussão/Conclusão: O tratamento local no cancro do reto é uma possibilidade para tumores com estadiamento T1 por ecoendoscopia, com menos de 3cm de diâmetro e que envolvam menos de 1/3 da espessura da parede retal, com elevada mobilidade e de baixo grau histológico. A decisão de ressecção local isolada ou associada a terapêutica adjuvante baseia-se nas

caraterísticas patológicas do tumor e no potencial de micrometastização ganglionar. Assim, sabe-se que o tratamento local sem terapêutica adjuvante associada não é um tratamento adequado para lesões T2 e para lesões T1 com mau prognóstico (com invasão linfovascular, pouco diferenciados, sem caraterísticas mucinosas).

P 11

COMPARAÇÃO DO PERFIL DE SEGURANÇA DA POLIPECTOMIA A FRIO E POLIPECTOMIA DIATÉRMICA NA EXCIÇÃO DE PÓLIPOS SÉSSEIS COM DIMENSÕES ENTRE 7-10MM

Rita Saraiva; Sara Santos Guilherme Simões; Verónica Gamelas; Verónica Borges; Manuel Rocha; Diana Carvalho; Gonçalo Ramos
Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução: A remoção de lesões pré-malignas durante as endoscopias digestivas baixas permitiu reduzir o risco de carcinoma colo-rectal. A excisão realizada com ansa diatérmica (PD) pode contudo associar-se a lesão térmica e, conseqüente, hemorragia ou perfuração. Actualmente a polipectomia com ansa a frio (PF) é considerada a técnica preferencial em pólipos sésseis de dimensões entre 6-9mm, com um menor número de complicações pós-procedimento. Estudos recentes compararam ambas as técnicas para pólipos de dimensões entre 4-10mm, com resultados favoráveis relativamente à excisão completa e segurança da PF. **Objetivos:** Pretende-se comparar a segurança da PD e PF e na excisão de pólipos sésseis de dimensões maiores compreendidas entre os 7-10mm.

Métodos: Análise retrospectiva de PD e PF de pólipos sésseis com diâmetro entre os 7-10mm realizadas entre 01/janeiro/2016 e 31/dezembro/2018. Investigada a ocorrência de hemorragia imediata, hemorragia tardia e perfuração associadas aos procedimentos, recorrendo-se aos relatórios endoscópicos e *follow-up* telefónico.

Resultados: Realizadas 453 PD e 93 PF num total de 11.939 exames endoscópicos. Antiagregação plaquetar em 99 doentes (d) e anticoagulação em 54d, suspensas para realização do exame. Verificou-se hemorragia imediata pós-PF em 7d (7,5%; 2d sob terapêutica antiagregante e 1d sob terapêutica anticoagulante) e em 61d pós-PD (13,5%; 10d sob terapêutica antiagregante e 13d sob terapêutica anticoagulante): hemostase com colocação de clip endoscópico em 62d (7 PF e 55 PD) e árgon em 6d (6 PD). Não se registaram casos de hemorragia tardia pós-procedimento ou perfuração.

Conclusões: A PF é uma técnica segura na excisão de pólipos sésseis de dimensões entre os 7-10mm, com baixa incidência de complicações incluindo menor número de hemorragias pós-polipectomia em comparação com PD. Estes dados reforçam a sua utilização na prática diária independentemente da realização de terapêutica antiagregante ou anticoagulante.

P 12

UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO MENOS COMUM DE DOENÇA DE CROHN

Carolina Canhoto; Fernando Azevedo; Ana Ruivo; António Pinho; António Milheiro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Cirurgia

Introdução: A doença de Crohn no idoso continua a ser um diagnóstico difícil, particularmente quando há uma pluralidade de diagnósticos diferenciais nesta faixa etária.

Objetivo: Com este caso clínico pretendemos ilustrar que a doença inflamatória intestinal pode simular uma apresentação de patologia neoplásica ou infecciosa, particularmente quando o diagnóstico ocorre tão tardiamente.

Material/Métodos: Doente, sexo masculino, de 70 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência (SU) por febre, dor e distensão abdominal, vômitos alimentares e aquosos e dejetões diarreicos. À observação apresentava dor difusa à palpação e timpanismo abdominal.

Analicamente com elevação discreta dos parâmetros inflamatórios.

A radiografia simples de abdómen em pé mostrava múltiplos níveis hidro-aéreos.

A avaliação por ecografia não foi conclusiva dada a distensão abdominal.

Realizou uma tomografia computadorizada (TC) que mostrou uma dilatação de ansas de delgado, com conteúdo líquido, até ao íleon distal/cólon direito com espessamento da parede a este nível e realce parietal. Na zona de transição observa-se uma imagem densa e alongada que poderá corresponder a corpo estranho. Esboça-se ainda uma coleção adjacente, peri-centimétrica, com realce parietal. Perante a clínica do doente foi proposto para abordagem cirúrgica, que o doente aceitou. Intraoperatoriamente encontraram-se duas lesões estenosantes do íleon terminal a 25 e a menos de 5cm da válvula ileocecal e uma massa adjacente à válvula ileo-cecal/cólon direito com dilatação a montante. Feita ressecção ileo-cecal com

inclusão das lesões. O pós-operatório teve como intercorrência uma deiscência anastomótica com necessidade de confecção de ileostomia terminal.

Resultados: A análise histopatológica revela um processo inflamatório crónico ileo-cecal com fissuras e abscesso intraparietal compatível com doença de Crohn.

Conclusão: A doença inflamatória intestinal nos doentes idosos continua a ser tema de controvérsia e de dificuldade de abordagem terapêutica até, inclusivamente pela fragilidade associada e pelo índice de complicações que parece ser mais elevado nestes doentes. Assim, há que manter este tipo de patologia em mente na avaliação de um doente idoso em contexto de urgência.

P 13

ESTUDO COMPARATIVO PROSPETIVO, RANDOMIZADO E CEGO DA EFICÁCIA, TOLERABILIDADE E SEGURANÇA DE UMA NOVA PREPARAÇÃO DE BAIXO VOLUME

Emanuela Andrade; Joana Gomes, Lia Magalhães, Bernardete Souto, Diana Silva, Rolando Pinho, Nuno Mesquita

Clínica Radelfe, Paços de Ferreira

Introdução: A preparação cólica é uma etapa indispensável para a realização de uma colonoscopia e a adesão à preparação é determinante para eficácia/qualidade/segurança do procedimento. Existe portanto um grande interesse em preparações de baixo volume.

Objetivo: Avaliar uma nova preparação de baixo volume de 1 litro de PEG+ascorbato (PEG+Asc) e compará-la com outra já existente -picossulfato de sódio+citrato de magnésio (NaPS+Mg).

Métodos: Estudo prospetivo, cego para o endoscopista, randomizado, de 2 preparações (PEG+Asc/NaPS+Mg). Avaliada a tolerabilidade à preparação através de inquérito, a eficácia através da escala de preparação de Boston (BPS), resultados da colonoscopia, e segurança. Incluídos 120 pacientes submetidos a colonoscopia de rastreio de CCR, com idade mediana de 60A,62,5% do sexo masculino, 60 % do grupo PEG+Asc.

Resultados: Obtivemos valores de preparação cólica adequada idênticos com BPS ≥ 6 acima de 97% em ambos os grupos, ($p=0,8$) Não houve diferenças na taxa de deteção de adenomas ($p=0,5$). Verificou-se maior dificuldade da preparação e no sabor, ($p=0,003$; $p=0,001$) com PEG+Asc, não havendo diferenças significativas na presença de náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal, irritação anal,

cefaleias ou distúrbios do sono, nem na disponibilidade para repetir a preparação. Não houve complicações.

Conclusão: O PEG+Asc resultou em preparações cólicas com BPS parciais superiores por segmento cólico, não sendo a diferença significativa para o grupo NaPS+Mg. Verificamos uma maior dificuldade no cumprimento da preparação e maior dificuldade na ingestão devido ao sabor, contudo, foi bem tolerado, não diminuindo a recetividade para repetir a preparação no futuro.

P 14

ABCESSO RETROPERITONEAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO INICIAL DE TUMOR DO CÓLON

Carolina Canhoto; Fernando Azevedo; Ana Ruivo; Miguel Fernandes; António Milheiro

Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os abscessos retroperitoneais podem ser manifestação de uma miríade de patologias possíveis. O seu diagnóstico etiológico assenta num elevado nível de suspeita clínica.

Objetivo: Com este caso clínico pretendemos demonstrar que nem sempre o curso de diagnóstico é linear e que, ao manter-se uma suspeita clínica forte, devemos continuar a nossa investigação etiológica.

Material/Métodos: Doente, sexo masculino, de 53 anos, previamente saudável, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal com quatro dias de evolução. À observação apresentava uma massa palpável de grandes dimensões nos quadrantes esquerdos.

Analicamente com elevação dos parâmetros inflamatórios: leucocitose com um aumento três vezes superior ao limite da normalidade, trombocitose e Proteína C reactiva de aproximadamente 20.

A avaliação por ecografia revelou uma coleção heterogénea, com conteúdo líquido e gasoso, com 9,5x3,5x8,4 cm em relação com parede abdominal póstero-lateral. Realizou uma tomografia computadorizada (TC) que não revelou outras alterações excepto o abscesso retroperitoneal previamente descrito em ecografia.

Perante um diagnóstico etiológico incerto optou-se por realizar uma drenagem percutânea guiada por TC.

Durante o internamento realizou uma primeira avaliação por colonoscopia que não revelou alterações.

Perante uma estabilização da situação, sem melhorias francas, com manutenção de parâmetros inflamatórios

elevados, dor lombar e manutenção das características e dimensões do abscesso, repetiu colonoscopia que revelou uma lesão estenosante ao nível do cólon transverso.

A TC de estadiamento mostrou inúmeras metástases pulmonares. Foi proposto para abordagem cirúrgica que o doente consentiu. No decorrer da cirurgia não existia nenhuma evidência de peritonite, identificada a lesão neoplásica no ângulo esplénico com perfuração para o retroperitoneu e um epiplon espessado e infiltrado com aspecto de carcinomatose peritoneal. Realizada uma colectomia total com anastomose ileo-rectal, que decorreu sem outras intercorrências.

Resultados: A análise histopatológica revelou um adenocarcinoma do cólon esquerdo T4a N2b (25 gânglios metastizados em 57) M1.

Conclusão: Um abscesso retroperitoneal é uma apresentação pouco comum de carcinoma do cólon particularmente, como acontece com este caso, quando se trata de uma doença sistémica e disseminada. Um diagnóstico etiológico incorreto pode acarretar consequências importantes no atraso de tratamento destes doentes.

P 15

IMPACTO DA AVALIAÇÃO DA TAXA DE DETEÇÃO DE ADENOMAS E DA TRANSMISSÃO DESSA INFORMAÇÃO INDIVIDUALIZADA AO ENDOSCOPISTA, NA MELHORIA DESSE INDICADOR DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA

Emanuela Andrade; Joana Gomes; Lia Magalhães; Bernardete Souto; Diana Silva; Rolando Pinho; Nuno Mesquita

Clínica Radelfe, Paços de Ferreira

Introdução: A colonoscopia é o método de rastreio de eleição para diagnóstico e prevenção do cancro col retal. A taxa de deteção de adenomas (ADR) é um dos indicadores de qualidade associado à diminuição dos cancros de intervalo e mortalidade.

Intervenções como informação dos intervenientes sobre a necessidade de cumprimento dos padrões de qualidade, monitorização desses indicadores e transmissão dessa informação aos endoscopistas têm ajudado a melhorar a ADR.

Objetivo: Determinar o efeito de transmitir informação periódica da ADR a cada endoscopista na melhoria desse indicador.

Material: Criados campos específicos na aplicação de relatórios endoscópicos para avaliar indicadores de qualidade, incluindo a ADR. Monitorizados continuamente

os relatórios de colonoscopia e anatomia patológica pela equipa de enfermagem e registados os dados na aplicação. Determinação automática trimestral da ADR individual de cada endoscopista e da global da unidade. Enviada informação a cada endoscopista dos indicadores individuais e globais avaliados, incluindo ADR, desde 2018. **Resultados:** O registo dos dados na aplicação e a obtenção dos indicadores foi rápido, simples e eficaz. Após a intervenção, a ADR global da unidade subiu de 30,2% (em 2017) para 36,3% (em 2018). Apesar da melhoria global da ADR, esta intervenção apenas foi eficaz nos 5 endoscopistas com ADR prévia > 25%, sendo este aumento de 0,4%, 0,5%, 1,9%, 6,7% e 10,4%. Por outro lado, os 2 endoscopistas com ADR < 25% não tiveram melhoria da sua ADR, verificando-se até descidas de 1,4% e 2,5%. **Conclusão:** 1- A Introdução dos indicadores de qualidade na aplicação de relatórios permitiu o registo e obtenção fácil desses indicadores. 2- A informação de retorno da ADR aos endoscopistas permitiu melhorar os resultados da unidade. 3- Verificou-se melhoria nos endoscopistas com ADR > 25% antes da intervenção. 4- A intervenção não foi eficaz nos baixos detetores de adenomas (ADR < 25%), pelo que deverão ser consideradas outras intervenções nesse grupo.

P 16

ENDOMETRIOSE DO INTESTINO DELGADO – UM CASO RARO DE ABDÓMEN AGUDO

Ruivo, A; Canhoto, C; Azevedo, F; Nemésio, R; Fernandes, M; Manso, A; Pinto Costa, B; Carvalho, H

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As doenças do íleon terminal podem mimetizar doença de Crohn (DC). Um dos diagnósticos diferenciais mais comuns, particularmente em mulheres em idade fértil, é a endometriose. A endometriose é definida pela presença de tecido endometrial fora do útero. **Objetivo:** Apresenta-se o caso de uma doente de 30 anos, com diagnóstico de DC sob terapia imunossupressora, submetida a ressecção ileo-cecal e de segmento cólico. O estudo anatomopatológico revelou endometriose. **Material e métodos:** Mulher, de 30 anos, com diagnóstico prévio de DC, que foi transferida para o nosso serviço de urgência por pneumoperitoneu. Trata-se de uma doente seguida em consultas de gastroenterologia por DC desde 2014. O diagnóstico foi feito a partir de biópsias do íleon terminal e a doente encontrava-se sob terapia imunossupressora desde então.

No início do presente ano recorreu ao serviço de urgência do seu hospital por vômitos e dor abdominal. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Realizou uma TC abdominal que revelou espessamento do íleon terminal compatível com estenose no contexto de DC agudizada. Permaneceu internada sob tratamento médico com fluidoterapia, antibioterapia, azatioprina retal, mesalazina e nutrição parentérica.

Ao 9º dia de internamento, por deterioração clínica, realizou uma angio-TC abdominal que revelou um pneumoperitoneu por perfuração do cólon sigmóide. Foi transferida para o nosso hospital e proposta para tratamento cirúrgico.

Resultados: Foi submetida a uma ressecção ileo-cecal e ressecção segmentar do cólon sigmóide. O estudo anatomopatológico revelou endometriose do íleon terminal e do segmento cólico.

Conclusão: A endometriose intestinal pode ser um desafio diagnóstico devido à sua sintomatologia inespecífica e o tratamento incorreto pode levar a complicações graves.

P 17

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PATIENT BLOOD MANAGEMENT EM CIRURGIA COLORRECTAL – EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE CIRURGIA COLORRECTAL DA UNIDADE DE PORTIMÃO

Inês Sampaio da Nóvoa Miguel; Miguel F. Cunha; Victor Hugo Baptista; Juan Rachadell; Carmen Rey; Edgar Cardoso; Ana Filipa Santos; Hugo Gamboa; Edgar Amorim

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão

Introdução: O Patient Blood Management (PBM) é um programa de boas práticas no âmbito da gestão do sangue. Estando a transfusão sanguínea no peri-operatório associada a um aumento de complicações, a optimização do doente e conseqüente eliminação da necessidade de transfusão tornam-se uma prioridade. Nesse sentido, a administração de carboximaltose férrica é uma opção válida, estando indicada em caso de anemia e necessidade de repleção rápida de Ferro.

Objetivos: Avaliar a aplicabilidade da Introdução do programa PBM na unidade de cirurgia colorrectal do CHUA – Unidade de Portimão.

Material e métodos: Foram estudados os doentes submetidos a cirurgia oncológica colorrectal, com posterior análise comparativa entre o período anterior e posterior ao estabelecimento do protocolo.

Avaliadas variáveis clínicas e analíticas no pré e pós-operatório.

Resultados: A amostra é constituída por 167 doentes [85 no grupo 1 e 82 grupo 2].

No grupo 1 (pré PMB), 36.5% apresentavam anemia na altura do diagnóstico vs 54% no grupo 2 (PBM).

No grupo 1, 18.8% dos doentes realizaram transfusão sanguínea peri-operatória.

No grupo 2, 87% dos doentes com anemia fizeram carboximaltose, tendo havido a necessidade de transfusão sanguínea peri-operatória apenas em 1 doente (1.1% do total do grupo 2).

Discussão/Conclusões: É notório através dos resultados obtidos que a implementação de um protocolo PBM se traduz no aumento da hemoglobina pré-operatória e consequente diminuição da necessidade de transfusão sanguínea peri-operatória.

O PBM é viável e vantajoso nos doentes que vão ser submetidos a cirurgia colorrectal electiva. No entanto, o baixo número de casos estudado e a não uniformização da dose de carboximaltose fornecida são limitações ao estudo.

P 18

AVALIAÇÃO ECONÓMICA EM COLOPROCTOLOGIA: UMA FERRAMENTA DE CLÍNICOS PARA CLÍNICOS

Edgar Amorim¹; Inês Miguel¹; Miguel Cunha¹; Victor Hugo¹; Juan Rachadell¹; José Queimado²; Luís Coelho²

¹Grupo Cirurgia Colorrectal do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão; ²Faculdade de Economia da Universidade do Algarve

Introdução: O aparecimento de novas tecnologias aplicadas à saúde tem permitido avanços consideráveis nas diversas áreas médicas. Procedimentos anteriormente realizados por apenas poucos centros mundiais, puderam ser difundidos, sendo hoje realizados numa perspetiva de proximidade com as populações. Contudo, atendendo às restrições existentes, os aspectos económicos associados a estas novas técnicas não podem ser descurados. Deste modo, importa avaliar formalmente os benefícios e os custos destas técnicas de forma a potenciar a sua implementação efetiva.

Objetivos: Dotar os clínicos de uma ferramenta que, ceteris paribus, permita avaliar a mais-valia económica das opções à sua disposição; Ajudar os profissionais de saúde a contribuírem para a redução dos custos mantendo o mesmo nível técnico e assegurando o mesmo nível de Resultados; Alertar para a necessidade de serem os próprios clínicos os agentes de mudança em questões económicas.

Material e métodos/Resultados: Formalização do problema da escolha com base no princípio da minimização dos custos recorrendo às seguintes variáveis: custo da alternativa A (em Euros); custo da alternativa B (em Euros); Diferencial de tempo de execução das alternativas em disputa (em minutos); custo da utilização do bloco operatório (em Euros/por minuto). Demonstra-se a bondade da abordagem encontrada com base em exemplos práticos da área da cirurgia colorrectal.

Discussão/Conclusão: O modelo apresentado pode ser uma ferramenta de reflexão e auxílio para as diferentes equipas de cirurgia colorrectal na escolha entre diferentes opções técnicas quando os *outcomes* esperados são iguais. Esta avaliação depende de equipa para equipa, uma vez que a materialização das variáveis estudadas depende do contexto particular em que as intervenções se realizam. De facto, o tempo utilizado na execução cirúrgica depende da experiência da equipa e da especificidade do doente; os custos dos dispositivos médicos dependem da capacidade de negociação das instituições; o valor hora depende de instituição para instituição, não sendo muitas vezes conhecido com o nível de detalhe necessário.

P 19

INCONTINÊNCIA FECAL: UM DIAGNÓSTICO SURPREENDENTE

Oliveira S; Ribeiro HM; Ferreira M; Guimarães N; Mónica I; Pais DP; Dias R; Borges I; Conceição L

Hospital Distrital da Figueira da Foz

A incontinência fecal é um sintoma perturbador, com grande impacto social e psicológico. É difícil avaliar a sua prevalência, estima-se que ocorra entre 2 a 20% da população e aumenta com a idade.

A perda de continência pode resultar de disfunção esfíncteriana, alteração da distensibilidade ou sensibilidade retal, alteração da consistência das fezes, ou de uma combinação dos vários fatores.

O caso clínico diz respeito a um doente do sexo masculino, de 59 anos, referenciado à consulta de Coloproctologia por incontinência fecal. O doente referia perda de fezes espontaneamente e aquando das micções, bem como dejeções diarreicas noturnas. Associadamente, referia uma dor no cóccix.

Tratava-se de um doente fumador, sem antecedentes patológicos de relevo, apenas com um antecedente cirúrgico de hemorroidectomia.

Ao exame objetivo, não apresentava alterações de relevo

à inspeção anal, mas o toque retal foi muito doloroso. Era notória a perda de elasticidade do canal anal, que impedia a progressão do dedo ao toque retal e impossibilitava a entrada do anuscópio.

Neste contexto, foi solicitada ressonância magnética pélvica, que revelou um espessamento circunferencial do reto distal desde o plano da transição anorretal até cerca de 8 cm a montante, além de um espessamento da faixa mesorretal. A próstata era de pequenas dimensões, contígua com as áreas de espessamento do mesorreto. Perante as alterações encontradas, foram realizadas biópsias das paredes laterais do reto, a cerca de 4 cm da linha pectínea, por via transanal. As biópsias revelaram infiltração da parede do reto por adenocarcinoma da próstata pouco diferenciado. O carcinoma da próstata está entre uma das neoplasias mais comuns no homem, no entanto a sua apresentação clínica é na maioria dos casos ausente ou inespecífica. Por vezes, pode ocorrer com sintomas urinários. A apresentação sob a forma de incontinência fecal é rara, sendo necessária uma elevada suspeição clínica. Este caso espelha a importância da abordagem global do doente, da análise cuidada de sinais e sintomas e do raciocínio clínico assente em diagnósticos diferenciais.

P 20 **DOENÇA DIVERTICULAR, UMA LOCALIZAÇÃO INESPERADA**

Oliveira S; Ribeiro HM; Ferreira M; Guimarães N; Mónica I; Pais DP; Dias R; Conceição L

Hospital Distrital da Figueira da Foz

A doença diverticular do cólon envolve maioritariamente o cólon sigmóide, seguido do cólon ascendente e cego. O envolvimento do reto é extremamente raro, correspondendo a menos de 0,1% dos casos descritos. A baixa incidência da diverticulose retal é explicada por duas hipóteses. A primeira relaciona-se com o envolvimento do reto por fibras musculares com origem nas ténias cólicas, que conferem alguma proteção contra a pressão intraluminal. A segunda hipótese prende-se com a menor pressão intraluminal, associada à acumulação de fezes, e menor peristaltismo no reto, comparativamente ao cólon sigmóide.

O caso clínico diz respeito a um doente do sexo masculino, de 54 anos, que foi observado em consulta de Cirurgia há 3 anos no contexto de dores abdominais e retorragias. Realizou colonoscopia, que revelou a presença de cinco divertículos de ostium largo no reto. À data, apresentava

apenas sintomatologia frustrada, pelo que se optou por não avançar para cirurgia. Há cerca de um ano, foi observado em consulta de Coloproctologia por novo episódio de retorragias. Ao exame objetivo, não apresentava alterações significativas e os divertículos não foram visíveis por anoscopia. Foi solicitada RMN para melhor caracterização, que confirmou a presença de cinco divertículos de grandes dimensões, o maior com 3 cm, todos de colo largo, sem sinais de diverticulite. O doente apresenta também diverticulose do sigmóide e da transição retossigmoideia. O doente tem-se mantido pouco sintomático, pelo que se optou novamente por manter o doente apenas em vigilância clínica.

Estão descritos alguns fatores predisponentes para o desenvolvimento desta patologia, nomeadamente fragilidade da musculatura que envolve o reto, atrofia muscular primária ou trauma retal.

Na maioria das situações não é necessário tratamento, estando a intervenção cirúrgica reservada para os casos com complicações associadas. A singularidade deste caso serve de estímulo à sensibilidade clínica para as patologias mais invulgares.

P 21 **ÚLCERA DO ÍLEON – UMA CAUSA RARA DE DOR NA FOSSA ILÍACA DIREITA**

Ricardo Ribeiro; Paulo Cardoso; Jorge Moleiro; Rute Pereira; Tatiana Revez; Florissandra Santos; Sandra Sousa

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: O diagnóstico diferencial de dor na fossa ilíaca direita (FID) é vasto. Doentes com dor abdominal mais intensa na FID com origem no intestinal delgado são raros. São poucos os casos descritos na literatura em que lesões ulceradas no íleon levam a dor abdominal aguda.

Objetivo: Descrição de um caso de dor abdominal na fossa ilíaca direita devido a úlcera no íleon.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 65 anos, com antecedentes de HTA e DM tipo 2, sem cirurgias abdominais prévias.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal com cerca de 12 horas de evolução, de intensidade 5/10, progressiva, localizada na fossa ilíaca direita, sem irradiação. Referiu 2 episódios de vômito, e agravamento da dor com movimentos. Sem outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo, a doente apresentava-se hemodi-

namicamente estável, com dor à palpação localizada na FIDta e sinal de *Blumberg* duvidoso.

A avaliação analítica revelou aumento significativo dos parâmetros inflamatórios. Na ecografia abdominal não se visualizou o apêndice ileocecal, destacando-se um espessamento do íleon distal.

Perante o quadro, a doente foi submetida a laparoscopia explorada. O apêndice apresentava um aspeto normal. Na inspeção das ansas do delgado, identificou-se a presença de uma úlcera não perfurada, não isquémica, com cerca de 2-3 cm de diâmetro. Tendo em conta os achados, foi realizado uma enterectomia segmentar extra-corpórea. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo tido alta ao 5º dia do pós-operatório.

Relevância: Os diagnósticos diferenciais mais comuns de dor abdominal aguda na FIDta são apendicite aguda, patologia ovárica e renal/ureteral.

Apresenta-se aqui uma causa rara de dor abdominal, onde a causa mais provável da úlcera poderá ter sido um traumatismo por um corpo estranho

Este caso vem demonstrar a complexidade e a diversidade dos diagnósticos diferenciais de dor na FID.

P 22

HIPOGANGLIONOSE CÓLICA – SEQUELA DE LESÃO NEUROLÓGICA?

Ruivo, A; Canhoto, C; Azevedo, F; Nemésio, R; Fernandes, M; Ventura, L; Carvalho, H

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O megacólon é uma condição que se caracteriza pela alteração da função motora do cólon que condiciona uma dismotilidade cólica severa. Na maioria dos casos é idiopática.

A hipoganglionose cólica é uma condição rara que se apresenta como dismotilidade intestinal e tipicamente manifesta-se na infância. A hipoganglionose cólica adquirida parece estar associada a uma remodelação resultante da inflamação crónica.

Objetivo: Apresenta-se o caso de um doente de 47 anos com episódios de repetição de volvo do sigmóide, submetido a colectomia total cujo estudo anatomopatológico revelou hipoganglionose segmentar do cólon.

Material e métodos: Homem de 47 anos, com antecedentes de epilepsia e hemiparesia sequelar do membro superior direito após meningite aos 3 meses de idade, recorreu

ao serviço de urgência por dor abdominal difusa com 1 dia de evolução. Sem outra sintomatologia. De antecedentes pessoais destacava-se um quadro de obstipação crónica e um episódio prévio de volvo do sigmóide.

Ao exame objetivo apresentava um abdómen distendido mole e depressível, doloroso à palpação difusa, sem defesa. O estudo analítico não tinha alterações de relevo e o Rx abdominal revelou alterações compatíveis com volvo do sigmóide. Foi submetido a colonoscopia descompressiva com melhoria clínica e imagiológica e proposto para sigmoidectomia eletiva.

Resultados: Na intervenção cirúrgica, observou-se um cólon sigmoide redundante associado a distensão e atonia de todo o cólon restante. Face aos achados, optou-se por realizar colectomia total com anastomose íleo-retal. O estudo anatomopatológico revelou hipoganglionose segmentar de todo o cólon, mais evidente no segmento distal com redução do número de gânglios nervosos, por vezes quase ausentes.

Discussão/Conclusão: A maioria dos casos de megacolon é idiopática. No entanto, existem causas congénitas e adquiridas que devemos considerar.

A hipoganglionose adquirida é rara e parece estar associada a uma remodelação resultante da inflamação crónica. Estudos recentes têm sugerido que esta remodelação pode ser secundária a lesões do sistema nervoso central.

P 23

INCONTINÊNCIA ANAL FEMININA AVALIADA POR MANOMETRIA ANORRETAL DE ALTA RESOLUÇÃO: O QUE DEVE E TAMBÉM PODE SER MEDIDO

António Oliveira; Joana Carvão; Nelia Abreu; Nuno Ladeira; Luis Jasmins

Hospital Central do Funchal

Introdução: A incontinência fecal é prevalente em mulheres e aumenta com a idade. Recentemente, um estudo em população saudável, avaliado por manometria anorretal de alta resolução (MARA), demonstrou que sexo e idade podem influenciar os valores médios da normalidade.

Objetivos: Avaliação e caracterização de parâmetros manométricos padrão, e outros parâmetros mensuráveis, em mulheres incontinentes.

Métodos: Estudo retrospectivo de pacientes do sexo feminino encaminhadas para incontinência e avaliadas quanto à função manométrica anorretal entre 2017 e 2019, realizada por um único operador, com cateter MMS

perfundido a água G-88485. A comparação foi feita com valores médios normais para a população feminina de Noelting *et al.*, acima de 50 anos.

Resultados: 26 pacientes do sexo feminino, com idade mediana de $63,5 \pm 10,49$ anos, pressão anal de repouso (PR) $38,1 \pm 23,1$ mmHg [12,4-85,9], pressão de contracção voluntária (PC) $94,5 \pm 46,4$ mmHg [37,5-187,6] e incremento de pressão anal (IPA) $57,9 \pm 32,31$ [17,2-116,7], duração da contracção sustentada (DPS) $27,35 \pm 6,86$ segundos [7-28,4], pressão anal residual (PAR) $38 \pm 19,01$ mmHg [16,9-78,7], pressão máxima rectal (PMR) $40,1 \pm 9,29$ mmHg [21,6-51,5], relaxamento do push (RP) $15,5 \pm 21,95\%$ [-12-64]. Estudo de sensibilidade rectal com volume limiar subjectivo (VS) $50 \pm 33,73$ mL [30-150], volume percepção constante (VC) $100 \pm 41,13$ mL [50-200], volume máximo tolerável (VM) $180 \pm 47,12$ mL [80-270], o gradiente rectoanal (GR) $1,35 \pm 23,77$ [-51-34,6] e índice de defecatório (ID) $0,97 \pm 0,73$ [0,33-2,84]. Comparando os valores médios normalidade com a mediana dos nossos doentes, eles apresentaram menor PR em 69,23%, PC em 88,46%, IPA em 76,92%, PAR em 96,15%, RP em 46,15% e apresentaram MRP maior em 53,85%, DPS em 80,77%, VS em 88,46%, VC em 88,46%, VM em 53,85% e GR em 75% dos casos. ID <1,5 foi observado em 80% dos casos.

Conclusão: Os doentes diferiram da normalidade, sobretudo com menores pressões derivadas da função anal, aumento da pressão retal e sensação globalmente diminuída. Surpreendentemente, o gradiente retoanal e o índice defecatório foram altamente prevalentes na população avaliada, mostrando um componente da disfunção pélvica associada à incontinência. Pensamos que estes parâmetros, de fácil determinação, GR e ID, devem ser rotineiramente avaliados para identificar disfunção pélvica concomitante.

P 24

PODE A COLONOSCOPIA ESTAR RELACIONADA COM O BURNOUT DOS GASTROENTEROLOGISTAS? UM ESTUDO DE ÍNDOLE PRÁTICA

Raquel Teixeira; Nuno Almeida; Catarina Correia; Sofia Morais; Pedro Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A síndrome de *burnout* pode acometer diversos elementos de uma equipa clínica, comprometendo a saúde dos mesmos e condicionando dificuldades

adicionais na atividade clínica corrente.

Indivíduos e métodos: Estudo observacional descritivo, prospetivo, com recurso a um formulário do Google, disponibilizado *online* a um número abrangente de Gastroenterologistas entre 05/02/2019 e 13/04/2019. A estimativa dos níveis de *burnout* foi conseguida recorrendo ao questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* validado para a população portuguesa.

Resultados: Responderam ao questionário 52 médicos Gastroenterologistas (sexo feminino-53,8%; média etária-44,9±7 anos). Destes 22 (42,3%) apresentavam *burnout* (16 *burnout* moderado; 6 *burnout* elevado). Dos 52 médicos, 47 realizavam colonoscopia de forma regular. Este procedimento endoscópico revelou-se uma variável relevante no desenvolvimento de *Scores* de *burnout* mais elevados ($p < 0.032$): Md =46.0 (13-93) vs Md=16 (0-54). Dos 52 indivíduos, 6 (11,5%) estão/estiveram envolvidos em processos médico-legais e tal facto também acarreta maior prevalência de *burnout* (Med 71 ± 12.5 $p < 0.007$). Na análise das escalas de *burnout* separadamente, existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita aos *Scores* de *burnout* pessoal ($p < 0.011$) e relacionado com o trabalho ($p < 0.045$): Md =46 (17-96) e Md=50 (14-96) de *score* de *burnout* pessoal e relacionado com o trabalho, respetivamente.

O número médio de exames endoscópicos realizados semanalmente também se mostrou relevante ($p < 0.048$): Md=35.00 (10-100) vs. Md=20 (0-40).

Dos 21 (40,4%) indivíduos que responderam que mudariam de profissão, todos eles realizam colonoscopias.

Conclusão: A prevalência de *burnout* em médicos gastroenterologistas é elevada e vários fatores parecem contribuir para este problema, inclusive a realização de colonoscopias, de um maior número de técnicas por semana, e envolvimento em processos médico-legais. É de extrema importância estarmos alerta para esta problemática bem como identificar os fatores que a ela se associam de forma a podermos atuar de forma preventiva e desenvolver estratégias de *coping*.

P 25

CRITÉRIOS DE QUALIDADE NA TAXA DE DETECÇÃO DE PÓLIPOS SERREADOS

Marisa Linhares; Diana Ramos; Flávio Pereira; Richard Azevedo; João Dias Pinto; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Banhudo

Serviço de Gastroenterologia, ULS Castelo Branco

Introdução: Sabe-se a importância na via do pólipó serreado na incidência do cancro colo-rectal. Ao contrário da taxa de detecção de adenomas (TDA), nas orientações de diferentes sociedades não está esclarecida a taxa de detecção de pólipó serreados. Em algumas publicações refere que a sua taxa de detecção deve ser > 5%.

Objetivo: Este estudo pretende fazer uma avaliação dos critérios de qualidade na colonoscopia na detecção de pólipó serreados.

Métodos: Foram seleccionadas colonoscopias totais de rastreio em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos num período de dois anos. Para esta amostra foram analisados os critérios de qualidade com recurso a SPSS versão 20.

Resultados: Foram seleccionadas 834 colonoscopias totais (805 doentes) num total de número de pólipó de 722 (297 serreados; 391 adenomas). Nesta amostra a média de idade foi 68,5 anos, sendo 53,7% do sexo masculino. Em relação à preparação 84,4% das colonoscopias apresentava um BBPS > 6, e uma taxa de detecção de adenomas de 25%. O número de pólipó com pelo menos 6 mm foi 85 sendo que 96,5% foram excisados com ansa. A taxa de recuperação foi de 97,6% e a de ressecção completa 60,4% foram totalmente excisados (n=48).

A taxa de detecção de serreados sesses proximais ao sigmóide foi de 3,12%. O número de serreados detectados por internos (430) e especialistas (404) não difere de forma significativa ($p=0,199$).

Discussão/Conclusão: Nesta amostra a preparação intestinal não atinge critério mínimo de qualidade, mas não afectou a taxa de detecção de adenomas (>25%). A taxa de recuperação de pólipó serreados e a técnica usada nas polipectomias são adequadas. A taxa de detecção de pólipó serreados proximais é inferior ao valor sugerido em algumas publicações (> 5%). Porém, é importante referir uma inadequada preparação do ascendente (17% BBPS<2) e a dificuldade na classificação histológica dos pólipó de aspecto serreado.

Apesar de se observar uma TDA minimamente adequada, é importante não descuidar a detecção de serreados,

uma vez que são responsáveis por parte das neoplasias de intervalo. Este estudo reforça a importância da necessidade de uma preparação adequada e da criação de protocolos para melhoria desta.

P 26

AVALIAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE PÓLIPOS SERREADOS SEGUNDO DADOS BIBLIOGRÁFICOS

Marisa Linhares; Diana Ramos; Flávio Pereira; Richard Azevedo; João Dias Pinto; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Banhudo

Serviço de Gastroenterologia, ULS Castelo Branco

Introdução: Os pólipó serreados apresentam características distintas dos adenomas. Apesar de menos frequente, a via serreada é responsável pela existência de até 30% do cancro colo-rectal. Neste momento, não existem orientações definitivas para avaliar uma correcta abordagem aos pólipó serreados.

Objetivo: Este estudo pretende comparar a distribuição e características dos pólipó serreados numa amostra com as descritas na literatura.

Métodos: Foram seleccionadas colonoscopias totais num período de dois anos. Excluídas colonoscopias em doentes pós ressecções colo-rectais, com DII e síndrome de polipose. Para esta amostra foram aplicados previamente como critérios de qualidade o uso de BBPS e taxa de detecção de adenomas. Foi analisada a distribuição e frequência dos diferentes pólipó serreados e a sua taxa de detecção com recurso a SPSS versão 20.

Resultados: Foram seleccionadas 1142 colonoscopias totais (1085 doentes) num total de número de pólipó de 1173 (456 serreados; 717 adenomas). Nesta amostra a média de idade foi 65,23 anos, sendo 55,1% do sexo masculino. Em relação à preparação 85,14% das colonoscopias apresentava um BBPS > 6, e uma taxa de detecção de adenomas de 43,17%.

Dos pólipó serreados 80% eram hiperplásicos (vs 18,2% serreados sesses vs 1,8% adenomas serreados tradicionais) e destes a maioria eram calciformes (60,2%). A maioria dos hiperplásicos (52%) estão localizados no sigmóide e recto; todos os adenomas serreados tradicionais estão localizados à esquerda; e 83,1% dos serreados sesses estão proximais ao sigmóide. De referir que cerca de 20% dos pólipó não hiperplásicos estão localizados a nível dos ângulos.

Discussão/Conclusão: Nesta amostra a preparação intes-

tinal não cumpre o critério de qualidade. No entanto, esta não afectou a taxa de detecção de adenomas (>25%). Tal como descrito na literatura, a maioria dos pólipos serreados eram hiperplásicos e estavam localizados no recto e sigmóide. Cerca de 20% dos pólipos não hiperplásicos estão localizados nos ângulos. O facto de se tratar de uma angulação, que por si dificulta a detecção de pólipos, associada às características conhecidas dos pólipos serreados pode contribuir para os cancros de intervalos. Com este trabalho podemos inferir algum grau de qualidade subjectivo na detecção de pólipos serreados. No entanto, são necessários mais estudos e uso de critérios mais robustos.

P 27

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DA OBSTIPAÇÃO CRÓNICA – INQUÉRITO MÉDICO NACIONAL

Sofia S. Mendes; Mariana Castro; Ana Célia Caetano; Raquel Gonçalves

Hospital de Braga

Introdução: A obstipação crónica é uma patologia prevalente. Em Portugal não existem dados sobre a sua abordagem diagnóstica e terapêutica.

Objetivo: Este estudo pretende caracterizar a abordagem diagnóstica e terapêutica da obstipação crónica por médicos dedicados à Coloproctologia.

Material e métodos: Foi realizado um estudo transversal, descritivo com componente analítico, em que foi enviado um convite digital para preenchimento de um questionário aos médicos pertencentes à Sociedade Portuguesa de Coloproctologia. Além de dados socio-demográficos, o questionário incluía questões relativas à prática clínica de cada médico na abordagem da obstipação crónica - anamnese, exame físico, manobras clínicas e escalas de avaliação, exames complementares de diagnóstico (ECD) e opções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.

Resultados: Cinquenta e sete médicos responderam ao inquérito, 25 (43,9%) gastroenterologistas e 32 (56,1%) cirurgiões colorrectais. Na anamnese, os médicos gastroenterologistas abordam mais a prática de exercício físico ($\phi = -0,351$), a ingestão de líquidos ($\phi = -0,311$) e a história de abusos sexuais ($\phi = -0,316$), enquanto os cirurgiões abordam mais o uso de ajuda digital da vagina, reto e períneo ($\phi = 0,343$) e utilizam mais o *score* de obstipação

de Cleveland ($\phi = 0,393$). Relativamente ao exame físico, os cirurgiões realizam mais manobras no exame físico ($r = -0,603$), mais exame bimanual vaginal e retal ($\phi = 0,498$), manobra de Valsava ($\phi = 0,516$), exame ginecológico ($\phi = 0,388$) e toque retal ($\phi = 0,315$). Considerando os ECD, os cirurgiões prescrevem mais vezes manometria anorretal ($\phi = 0,392$), tempo de trânsito cólico ($\phi = 0,531$), defecografia (convencional e por ressonância) ($\phi = 0,563$) e exames de imagem ($\phi = 0,464$). Em termos terapêuticos, os gastroenterologistas usam mais frequentemente associações de fármacos ($\phi = -0,355$) e os cirurgiões prescrevem mais *biofeedback* ($\phi = 0,439$) e colectomia ($\phi = 0,540$).

Os médicos com mais de 10 anos de experiência utilizam menos a escala de consistência das fezes de Bristol ($\phi = -0,330$) e reportam mais frequentemente não utilizar qualquer escala ($\phi = 0,267$). Os médicos com menos de 10 anos de experiência prescrevem mais frequentemente *biofeedback* ($\phi = -0,267$).

Conclusão: Existem diferenças na abordagem diagnóstica e terapêutica da obstipação crónica de acordo com a área de especialidade (Gastroenterologia/Cirurgia Geral) da Coloproctologia. Os anos de experiência profissional parecem ter menor impacto na abordagem desta patologia.

P 28

O PAPEL DOS DIÁRIOS INTESTINAIS NA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA

Sofia S. Mendes; Tiago Leal; Maria Silva; Ana Célia Caetano; Raquel Gonçalves

Hospital de Braga

Introdução: As patologias gastrointestinais funcionais são doenças com uma elevada prevalência e com diagnóstico frequentemente clínico. Assim, é importante o uso de ferramentas que objetivem as queixas do doente. Apesar das potenciais vantagens do diário intestinal como complemento à entrevista clínica, raros estudos avaliam a relevância da informação clínica obtida a partir de diários intestinais na prática clínica.

Objetivos: Os principais objetivos deste estudo foram avaliar o papel do diário intestinal na consulta externa de Gastroenterologia (CEGE) e comparar o diário intestinal com a entrevista clínica como ferramenta diagnóstica.

Material e métodos: Foi realizado um estudo transversal, num período de 3 meses, em que no final das CEGEs os pacientes foram entrevistados relativamente a dados demográficos, antecedentes clínicos e hábitos e sintomas

intestinais. De seguida, foi solicitado o auto-preenchimento de um diário intestinal durante 2 semanas. Foram comparadas as respostas obtidas na entrevista clínica com os registos dos diários intestinais.

Resultados: Cinquenta e três pacientes participaram no estudo. A frequência de evacuações reportada nas entrevistas clínicas e nos diários intestinais dos pacientes foi significativamente diferente ($p=0,007$), sendo que os mesmos subestimaram o seu número de evacuações nas entrevistas. Relativamente ao esforço evacuatório constataram-se diferenças significativas ($p=0,012$) entre as entrevistas e os diários dos pacientes, tendo estes sobrestimado o seu esforço ao evacuar nas entrevistas. Verificou-se apenas uma concordância mínima entre a consistência das fezes descrita nas entrevistas e registada nos diários ($\kappa = 0,281$). Adicionalmente, verificou-se que pacientes com patologias proctológicas descreveram menos evacuações nas suas entrevistas ($p=0,033$). A descrição do esforço durante a evacuação foi sobrestimada nas entrevistas de pacientes sem distúrbios proctológicos ($p=0,028$) e de pacientes com um nível mais elevado de educação ($p=0,028$).

Conclusão: Globalmente verificaram-se discrepâncias entre a entrevista clínica e o diário intestinal dos pacientes relativamente ao número de dejeções, à consistência das fezes e ao esforço evacuatório. Assim, esta ferramenta revelou-se uma potencial mais-valia na prática clínica diária, permitindo objetivar as queixas e consequentemente tratar os doentes de forma mais adequada.

P 29 POLIDOCANOL ESPUMOSO NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Catarina Gomes; Ana Ponte; Adélia Rodrigues; Mafalda Sousa; João Carlos Silva; Edgar Afecto; João Carvalho
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Apesar de a laqueação elástica na doença hemorroidária ser geralmente utilizada, há dúvidas em relação à segurança deste tratamento em doentes com elevado risco hemorrágico. Assim, a escleroterapia com polidocanol têm surgido como uma alternativa neste grupo de doentes. No tratamento das veias varicosas dos membros inferiores, alguns estudos já demonstraram a eficácia da utilização do polidocanol espumoso em comparação com o líquido.

Objetivo: Avaliar a eficácia e a segurança do polidocanol espumoso na doença hemorroidária.

Material e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico que incluiu doentes com doença hemorroidária submetidos a injeção de polidocanol espumoso entre setembro 2018 e setembro 2019. Foram avaliados os seguintes *outcomes*: melhoria e resolução das retorragias; melhoria e resolução do prolapso hemorroidário; e complicações. Considerou-se melhoria quando se verificou uma melhoria superior a 50% das queixas.

Resultados: Foram incluídos 21 doentes que correspondem a 31 sessões de polidocanol espumoso. A idade média foi de 67.2 ± 10.1 anos e o sexo masculino foi o mais comum (71.4%, $n=15$). A maioria dos doentes tinha retorragias (85.7%, $n=18$) e três apresentavam apenas prolapso hemorroidário. 85.7% ($n=18$) realizavam hipocoagulantes/antiagregantes, 3 doentes apresentavam trombocitopenia e 1 história de trombose hemorroidária. 33.4% ($n=78$) realizaram previamente tratamento instrumental (6 doentes laqueação, 1 polidocanol líquido) e 9.5% ($n=2$) foram submetidos a hemorroidectomia. Em 28.6% ($n=6$) e em 9.5% ($n=2$) foram realizadas 2 ou 3 sessões, respetivamente. A dose total média utilizada por doente foi de 6.5 ± 2.2 mL. Os *outcomes* foram avaliados entre 2 a 18 semanas após tratamento, verificando-se 1 perda no *follow-up*. Dos 18 doentes com retorragias, 88.9% ($n=16$) apresentou melhoria significativa, sendo que 66.7% ($n=12$) obtiveram resolução das queixas. Dos 15 doentes com prolapso hemorroidário, 86.7% ($n=13$) melhoraram significativamente, e 80% ($n=12$) apresentou resolução do prolapso. O tratamento foi seguro em 76.2% ($n=16$) dos doentes, sendo que 3 doentes apresentaram retorragia significativa com recurso hospitalar e 1 doente apresentou dor perianal ligeira.

Conclusão: O polidocanol espumoso mostrou ser eficaz no tratamento da doença hemorroidária com melhoria dos sintomas superior a 80%. Apresentou elevado perfil de segurança (76,2%) numa amostra de doentes com elevado risco hemorrágico.

P 30 TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA FISSURA ANAL CRÓNICA

Catarina Gomes; Ana Ponte; Adélia Rodrigues; Mafalda Sousa; João Carlos Silva; Edgar Afecto; João Carvalho
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O tratamento da fissura anal passa por diminuir a hipertonicidade do esfíncter anal e o traumatismo da mucosa anal, promovendo a cicatrização da fissura Os

doentes refratários ao tratamento médico com medidas higieno-dietéticas e terapêutica tópica com nitratos ou bloqueadores de canais de cálcio poderão ser referenciados para tratamento com injeção de toxina botulínica ou cirurgia.

Objetivo: Avaliar a eficácia e a segurança da toxina botulínica no tratamento da fissura anal crónica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico que incluiu doentes com fissura anal crónica (FAC) refratária ao tratamento médico, submetidos a injeção de toxina botulínica entre outubro 2017 e setembro 2019. O diagnóstico de FAC foi baseado na presença de proctalgia com >8 semanas de duração e sinais de cronicidade (prega sentinela, papila hipertrófica ou endurecimento ao toque retal). A resolução total (epitelização da fissura com resolução da proctalgia) e a segurança do tratamento foram avaliadas. A resolução parcial (epitelização da fissura sem resolução da proctalgia ou resolução da proctalgia sem epitelização da fissura) também foi avaliada.

Resultados: Incluíram-se 16 doentes, correspondendo a 22 sessões de injeção de toxina botulínica. A idade média foi de 59.1 ± 11.4 anos e a maioria dos doentes eram mulheres (87.5%, n=14). 2 doentes apresentavam doença Inflamatória Intestinal e em 2 a causa da fissura foi iatrogénica (dilatação estenose anal e biopsia prostática transretal). A maioria das fissuras localizavam-se na comissura posterior 62.5% (n=10) e em 18.8% (n=3) na comissura anterior e posterior. Em cerca de 37.5% (n=6) foram realizadas 2 sessões de tratamento e, na maioria dos doentes, a dose utilizada foi de 20U (87.5%, n=14). Em 75% (n=12) dos doentes o tratamento combinado com tópicos foi realizado. 1 dos doentes não foi reavaliado após tratamento. Os *outcomes* foram avaliados entre os 12 dias e os 23 meses. Dos 15 doentes incluídos, ocorreu resolução total em 33.3% (n=5) e resolução parcial em 33.3% (n=3 resolução isolada da proctalgia; n=2 epitelização da fissura com manutenção da proctalgia). Em 2 doentes (13.3%) houve referência a ardor anal após terapêutica. Foram referenciados para tratamento cirúrgico 26.7% (n=4) dos doentes.

Conclusão: O tratamento instrumental com toxina botulínica mostrou ser seguro em 86.7% dos casos, apesar da eficácia total ser subótima (33.3%).

P 31

QUAIS OS FATORES PREDITORES DA QUALIDADE DA PREPARAÇÃO INTESTINAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL?

Catarina Gomes; Carlos Fernandes; Rolando Pinho; Sónia Fernandes; Mafalda Sousa; João Carlos Silva; Edgar Afecto; João Carvalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A eficácia da preparação intestinal depende da qualidade da preparação intestinal. São vários os fatores modificáveis e não modificáveis que têm sido associados à preparação intestinal na população geral. No entanto, a informação relativa aos fatores de risco para uma preparação intestinal inadequada na doença inflamatória intestinal (DII) é escassa. Nesta população é particularmente importante uma adequada preparação cólica, quer para a avaliação da atividade quer para o rastreio de lesões pré-malignas através da cromoscopia.

Objetivo: Avaliar a qualidade da preparação cólica e os fatores preditores para uma inadequada preparação intestinal nos doentes com DII.

Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico, dos doentes com DII que realizaram colonoscopia entre julho 2017 e dezembro 2018. As colonoscopias realizadas em contexto de urgência e incompletas foram excluídas. Foi realizada uma análise univariada e multivariada para identificar os fatores associados a uma preparação intestinal inadequada.

Resultados: Foram avaliados 255 doentes, 51.4% do sexo masculino (n=131), com idade média de 46 ± 15.1 anos. A preparação intestinal foi inadequada em 13.3% (n=34) dos doentes. A maioria dos doentes estava em remissão clínica (68.2%, n=174). A Doença de Crohn (58%, n=148) foi a mais prevalente. O polietileno glicol foi a preparação mais utilizada (40.8%, n=104). Os doentes com má preparação intestinal mostraram uma maior proporção de antecedentes de acidente vascular cerebral (8.8% vs 0.9%, $p=0.002$), um maior consumo de opioides (8.8% vs 0%, $p<0.01$) e, teriam tido menos frequentemente consulta de enfermagem (73.5% vs 87.8%, $p=0.03$). O tipo de preparação intestinal não mostrou associação com idade, sexo masculino, índice de massa corporal, tabagismo ativo, antecedentes cirúrgicos abdominais, diabetes mellitus, ASA score, duração da doença, tipo de DII, tratamento na DII, atividade clínica e endoscópica, e tipo de preparação cólica. Na regressão multivariada, apenas a consulta prévia

de enfermagem mostrou estar associada a uma preparação intestinal adequada ($p=0.02$).

Conclusões: Nesta população o indicador de qualidade relativo a preparação cólica não foi atingido (mais de 90% das colonoscopias com preparação intestinal adequada). No nosso estudo não foram identificados fatores preditores para a preparação intestinal na DII, exceto a consulta prévia de enfermagem que mostrou estar associada a uma preparação intestinal adequada.

P 32

SERÁ A TAXA DE DETEÇÃO DE ADENOMAS UM INDICADOR IMPORTANTE NA DETEÇÃO DE OUTRAS LESÕES NÃO NEOPLÁSICAS?

Catarina Gomes; Ana Ponte; Rolando Pinho; Adélia Rodrigues; Ana Paula Silva; Mafalda Sousa; João Carlos Silva; Edgar Afecto; João Carvalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A colonoscopia permite o rastreio e a prevenção do cancro colorretal (CCR) através da remoção de pólipos adenomatosos. A taxa de deteção de adenomas (TDA) é a proporção de colonoscopias em que é encontrado pelo menos um adenoma. A TDA deve ser usada como parâmetro de qualidade na colonoscopia diagnóstica, e tem sido inversamente associada ao risco de CCR e de morte. Porém permanece incerto se há associação entre a TDA e a deteção de outras lesões não neoplásicas.

Objetivo: Avaliar se a TDA está associada à deteção de outras lesões não neoplásicas.

Métodos: Estudo retrospectivo que analisou colonoscopias realizadas por 3 endoscopistas no nosso centro (A, B ou C). Foram excluídas colonoscopias incompletas, realizadas no âmbito de hemorragia gastrointestinal manifesta, doença inflamatória intestinal ou para polipectomia ou mucosectomia. Consideramos lesão não neoplásica se presença de angiectasias, divertículos, inflamação inespecífica, erosões/úlceras ou lesões subepiteliais.

Resultados: Foram analisadas um total de 229 colonoscopias. A idade média foi 64 ± 13.1 anos, e 54.6% eram do sexo masculino ($n=125$). As indicações para a colonoscopia foram: vigilância pós-polipectomia em 25.8% ($n=59$), vigilância pós-CCR em 27.1% ($n=62$), rastreio CCR em 20.5% ($n=47$) e outras indicações em 26.6% ($n=61$). A indicação para a colonoscopia foi significativamente diferente entre os endoscopistas ($p=0.04$): o *follow-up* após CCR foi superior no endoscopista B (31.9%) e C (36.5%) e a vigilância

pós-polipectomia foi superior no endoscopista A (35.1%). A TDA global foi de 36.2% ($n=83$). A TDA não se relacionou com maior deteção de outras lesões não neoplásicas (31.3% vs 30.1%, $p=0.88$). Considerando apenas as colonoscopias com deteção de adenomas, a taxa de deteção de outras lesões não neoplásicas não mostrou ser diferente tendo em conta o endoscopista (endoscopista A: 42.6%; B: 36.1%; C: 27%, $p=0.14$). Na subanálise por endoscopista, a TDA não esteve associada a uma maior deteção de outras lesões não significativas (endoscopista A: 27.5% vs 33.3%, $p=0.65$; B: 38.5% vs 23.9%, $p=0.28$ e C: 29.4% vs 32.6%, $p=0.81$).

Conclusão: No nosso estudo, a TDA não se associou a uma maior deteção de outras lesões não neoplásicas na amostra total e por endoscopista.

P 33

MODELOS PREDITORES DE PREPARAÇÃO CÓLICA INADEQUADA: VALIDAÇÃO NA POPULAÇÃO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Edgar Afecto; Ana Ponte; João Carlos Silva; Catarina Gomes; Sónia Fernandes; João Carvalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: De acordo com a sociedade europeia de endoscopia, a preparação cólica representa um critério de qualidade major na colonoscopia, associando-se a outros critérios de qualidade, como a taxa de deteção de adenomas e taxa de entubação cecal. A identificação de fatores de risco para preparação inadequada poderá ter o potencial benefício de identificar doentes que necessitem de regimes de preparação mais intensivos. Foram desenvolvidos modelos preditivos de preparação intestinal inadequada, mas nenhum foi implementado na prática clínica.

Objetivo: Validar modelos preditores de preparação intestinal inadequada numa população de doentes de um hospital terciário.

Material/métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico com inclusão de doentes submetidos a colonoscopia total eletiva no período de agosto a outubro de 2019. A preparação intestinal foi considerada adequada se *Boston Bowel Preparation Scale* (BBPS) ≥ 6 . Excluídos colectomizados, colonoscopias incompletas (exceto se preparação inadequada), ausência de dados clínicos ou BBPS.

Aplicaram-se dois modelos com base nas características dos doentes: modelo 1 por Dik V. *et al.* em 2015 (antidepressivos tricíclicos ou opioides, diabetes, obstipação,

cirurgia abdominal prévia, preparação inadequada prévia, internamento e *score* ASA ≥ 3) e modelo 2 por Gimeno-García A. *et al.* em 2016 (co-morbilidades, antidepressivos tricíclicos, obstipação e cirurgia abdominal prévia).

Análise estatística em SPSS *Statistics* v22 (teste qui-quadrado, $p < 0.05$).

Resultados: Incluídos 141 doentes (61.7% sexo masculino; idade média 63.8 ± 15.5), dos quais 125 com BBPS ≥ 6 (89%). As principais indicações para colonoscopia foram tratamento endoscópico (27%) e vigilância de doença inflamatória intestinal (24.1%). A preparação intestinal mais utilizada foi o polietilenoglicol (76.6%). A cirurgia prévia (42.6%), a diabetes mellitus (19.9%) e a obstipação (16.3%) foram as co-morbilidades mais comuns.

O modelo 1 não demonstrou capacidade preditora (sensibilidade 58.4%; especificidade 56.2%; $p = 0.27$). O modelo 2, apesar dos melhores resultados, também não atingiu significância (sensibilidade 65.6%; especificidade 56.3%; $p = 0.09$).

Discussão/Conclusão: Nos trabalhos originais, os modelos 1 e 2 apresentam valores de sensibilidade (66% e 50%) e especificidade (79% e 80%) superiores aos demonstrados neste estudo, não permitindo a sua validação. Como tal, o nosso estudo sustenta a ausência de evidência que permita a implementação destes modelos na prática clínica.

P 34

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PREPARAÇÃO INTESTINAL STANDARD E PERSONALIZADA: RESULTADOS PRELIMINARES

Rita Saraiva; Verónica Pavão Borges; Sara Santos; Manuel Rocha; Verónica Gamelas; Guilherme Simões; Mário Jorge Silva; Tiago Capela; Maria João Bettencourt; João Coimbra
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E

Introdução: Uma preparação intestinal (PI) adequada é fundamental para uma colonoscopia de qualidade.

Objetivo principal: Comparar a qualidade da PI com o regime em vigor no nosso serviço vs com um regime personalizado com base na hora da colonoscopia.

Objetivos secundários: Comparar a adesão e tolerância à PI nos dois grupos.

Material e métodos: Estudo prospetivo, controlado e aleatorizado; 81 doentes de ambulatório propostos para colonoscopia eletiva foram aleatorizados para um de dois grupos: PI com o regime em vigor no nosso serviço (grupo1; $n = 35$) – *split* dose de 4L de solução de

polietilenoglicol (PEG) se colonoscopia durante a tarde ou regime 4L de PEG no dia anterior se colonoscopia durante a manhã; PI personalizada com base na hora da colonoscopia (grupo2; $n = 46$) – *split* dose de 4L de PEG se colonoscopia durante a manhã ou 4L de PEG no próprio dia se colonoscopia durante a tarde, com o intervalo entre o final da toma da preparação e o início da colonoscopia ≤ 6 horas. Colhida informação sobre a hora de término da PI, adesão, tolerância, hora de início da colonoscopia e qualidade da PI. Definida uma PI adequada como *Boston Bowel Preparation Scale* ≥ 6 , com todos os segmentos ≥ 2 .
Resultados: 57,1% ($n = 20$) dos doentes do grupo 1 apresentaram uma PI adequada vs 87,0% ($n = 46$) do grupo 2 ($p = 0,0024$); 62,9% ($n = 22$) dos doentes do grupo 1 não apresentaram efeitos adversos associados à toma da preparação vs 71,7% ($n = 33$) do grupo 2; 80,0% ($n = 28$) dos doentes do grupo 1 toleraram ingestão de 100% do preparado vs 93,5% ($n = 43$) do grupo 2 ($p = 0,067$). O tempo médio entre o final da toma da preparação e o início da colonoscopia foi 9,6 horas no grupo 1 vs 5,5 horas no grupo 2.

Conclusões: Os doente do grupo 2 apresentaram uma melhor qualidade de PI de colonoscopia que os doentes do grupo 1, sem que se registasse diferença na adesão e tolerância à toma da PI.

P 35

RESULTADOS CLÍNICOS E ENDOSCÓPICOS DAS MUCOSECTOMIAS DE PÓLIPOS GRANDES NÃO PEDICULADOS

Garrido M¹; Ferreira A²; Guedes T¹; Sousa J¹; Kuttner-Magalhães R^{1,2}; Pedroto J^{1,2}

¹Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Porto; ²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Introdução: A mucosectomia é uma técnica amplamente utilizada na ressecção de lesões do cólon/reto, apresentando potencial de cura e bom perfil de segurança, sendo considerada a primeira linha para lesões não pediculadas maiores de 20mm sem suspeita de invasão da submucosa.

Objetivo: Avaliar os resultados clínicos e endoscópicos das mucosectomias de pólipos do colon/reto não pediculados ≥ 20 mm e identificar possíveis preditores de sucesso técnico do procedimento, complicações e recidiva da lesão.

Material e métodos: Análise retrospectiva de doentes submetidos a colonoscopia entre 01/2013 a 12/2017; incluídos os que realizaram mucosectomia de pólipos

do colon/reto não pediculados ≥ 20 mm.

Resultados: Realizadas 152 mucossectomias em 130 doentes. Maioria das lesões ressecada em fragmentos (74,3%, n=113). Ressecção completa (sucesso técnico) em 86,8% (n=132). Associação entre a localização da lesão no cólon esquerdo e o sucesso técnico (95,7% vs 82,9%, p=0,03). Registados eventos adversos em 7,24% (n=11) das mucossectomias, nenhum grave ou fatal. As lesões sésses relacionaram-se com a ocorrência de hemorragia imediata (13,7% vs 5,8%, p=0,010). A hipocoagulação aumentou o risco de hemorragia tardia (30,0% vs 1,4%, p=0,002), risco apenas significativo para os NOACs (40,0% vs 2,10%, p=0,008). Considerando apenas as ressecções em fragmentos, 89,4% (n=101) fizeram colonoscopia de revisão (CR1) com 21,8% (n=22) de recidiva histológica. Destes, 68,2% (n=15) foram submetidos a segunda colonoscopia de revisão (CR2) com lesão residual em 20,0% (n=3). Relação entre o insucesso técnico e a recorrência histológica na CR1 (41,2% vs 14,8%; p=0,009). Mesmo quando a CR1 não detetou lesão residual, existiu recorrência em 10,5% das CR2 (n=4/38). 11 doentes submetidos a cirurgia, apenas 2 por lesão não passível de ressecção endoscópica por fibrose e/ou tecido residual após várias EMR.

Conclusões: A mucossectomia é uma técnica eficaz com reduzida taxa de eventos adversos. A grande limitação desta técnica prende-se com a taxa de recorrência, mas esta desvantagem pode ser controlada através da realização de colonoscopias de revisão por equipas especializadas no tratamento endoscópico destas lesões. Além da revisão endoscópica recomendada aos 3-6 meses após EMR em fragmentos (CR1), poderá ser indicada uma segunda colonoscopia de revisão (CR2) aos 12 meses, em ambiente hospitalar, de forma a permitir a ressecção endoscópica do adenoma recidivado no momento da sua deteção.

P 36 **EFICÁCIA DE ANTI-TNF NA HIDROSADENITE SUPURATIVA PERIANAL: UMA SÉRIE DE CASOS**

Sara Santos; Verónica Borges; Carlos Bernardes; Joana Saiote; Diana Carvalho; Jaime Ramos
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução e objetivos: A hidrosadenite supurativa é uma doença caracterizada por nódulos inflamatórios, abscessos ou tecido cicatricial em áreas de glândulas apócrinas. O diagnóstico precoce e tratamento adequado são cruciais para evitar lesões irreversíveis. O tratamento com anti-TNF

tem sido alvo de vários estudos nesta área pelo seu efeito na redução de múltiplas citocinas pro-inflamatórias.

Pretende-se avaliar a eficácia do tratamento com anti-TNF em doentes com hidrosadenite perianal.

Material e métodos: Incluídos doentes com diagnóstico de hidrosadenite perianal enviados para consulta de Proctologia e submetidos a tratamento com adalimumab (na dose de 160mg, 80mg na semana 2 e a partir da semana 4 40mg semanalmente) ou infliximab (5mg/kg na semana 0, 6 e de 8/8 semanas). A avaliação da eficácia do tratamento foi efectuada com base no índice de resposta clínica de hidrosadenite supurativa, aos 3 e aos 12 meses no período de 2016 a 2019.

Resultados: Foram submetidos a tratamento com anti-TNF 6 doentes, 66% (n=4) do sexo feminino, com idade média de 42 anos, sendo 50% (n=3) ex-fumadores. A idade média ao diagnóstico era de 32 anos e 67% (n=4) apresentava estadios de Hurley III, 17% (n=1) estadio II e 17% (n=1) estadio I. Em 33% (n=2) havia o diagnóstico concomitante de doença de Crohn. Todos os doentes haviam falhado tratamento médico prévio e 17% (n=1) dos casos tinha cirurgias prévias.

Em 83% (n=5) o fármaco utilizado foi o adalimumab e em 17% (n=1) infliximab. Em 33% (n=2) a estratégia foi terapêutica combinada cirúrgica e anti-TNF.

Aos 3 meses e aos 12 meses verificou-se resposta clínica em 83% (n=5), estando a aguardar cirurgia o doente não respondedor.

Conclusão: O tratamento com anti-TNF foi eficaz na indução de resposta clínica na hidrosadenite perianal, embora a amostra analisada seja pequena. Torna-se pertinente determinar em estudos mais amplos se o tratamento médico e cirúrgico concomitante/adjuvante poderão ter resultados superiores a longo prazo.

P 37 **TOFACITINIB NA COLITE ULCEROSA – UMA NOVA ARMA TERAPÊUTICA**

João Estorninho; Sandra Lopes; Sofia Mendes; Francisco Portela; Pedro Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A ausência de resposta clínica sustentada aos fármacos disponíveis ocorre em muitos doentes com colite ulcerosa (CU). Este facto impõe uma incessante procura de novas opções terapêuticas. O tofacitinib é um inibidor da JAK recentemente aprovado para o tratamento da CU moderada a grave. Relata-se a experiência de vida-real de

um Centro com o uso de tofacitinib no tratamento da CU.

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, com inclusão dos doentes com CU que iniciaram tratamento com tofacitinib em 2019, com um período de seguimento de pelo menos 12 semanas. Recolhidos dados demográficos e clínicos dos doentes, exposição prévia a terapêutica biológica, taxa de resposta clínica (definida como redução do *score* parcial de Mayo em 2 pontos) e remissão clínica (definida como um *score* parcial de Mayo < 2) às 8 e 12 semanas, uso de corticoterapia e efeitos adversos.

Resultados: Incluídos 4 doentes, 3 mulheres, com uma idade média de 34,5 anos, com um tempo médio de diagnóstico da CU de 9,75 anos. Todos os doentes tinham realizado pelo menos 1 anti-TNF e vedolizumab, com falência terapêutica. À semana 0 os doentes apresentavam um *score* de Mayo médio de 7,75, 3 encontrando-se sob corticoterapia (dose média de prednisolona 20mg *id*). Após o período de indução (8 semanas), 1 dos doentes encontrava-se em remissão clínica, 2 dos doentes apresentaram resposta clínica sem remissão clínica e 1 não apresentou resposta clínica (tendo prolongado a dose de 10mg 2 *id*). Às 12 semanas, todos os doentes apresentavam resposta clínica, 1 deles encontrando-se em remissão clínica. Metade mantinha-se sob corticoterapia (dose de prednisolona inferior a 10mg *id*). Durante o período de seguimento não se verificaram efeitos adversos.

Conclusões: No tratamento da colite ulcerosa moderada a grave refratária a todas as outras terapêuticas médicas, o tofacitinib mostrou-se uma opção válida, tendo havido uma resposta clínica em todos os doentes às 12 semanas, sem objetivação de efeitos adversos

P 38

CANCRO DO CÓLON EM VIGILÂNCIA: E DEPOIS?

Luisa Frutuoso; Vera Oliveira; Gil Gonçalves; Mário Nora
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: O cancro colorretal constitui a segunda causa de morte relacionada com doença oncológica a nível mundial. A cirurgia é o tratamento de eleição para a doença localizada, contudo, 33-50% dos doentes vão apresentar recidiva em algum momento da sua patologia. **Objetivo:** Identificação de fatores associados a doença metastática no adenocarcinoma do cólon operado, proposto para vigilância.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a cirurgia colorretal com intuito curativo e

propostos para vigilância (n=121), que cumpriram seguimento na nossa instituição, durante 5 anos. Durante esse seguimento 15 doentes foram diagnosticados com metastização.

Resultados: Nos 15 doentes com doença metastática observou-se uma média de idades de 68 anos com igual distribuição de género. Apresentavam antecedentes de colectomia direita 33% (n=5); colectomia esquerda 40% (n=6); ressecção rectosigmoideia 27% (n=4). A via de abordagem foi a laparoscópica em 53% (n=8). Um doente foi operado em oclusão e outro com perfuração do primário. A morbilidade global foi de 33% (n=5), sem registo de mortalidade. Estudo histológico: T3 em 80% (n=12); grau de diferenciação: moderadamente diferenciado em 73% (n=11) e bem diferenciado em 26% (n=4); não se observou invasão vascular, linfática ou de bainhas perineurais nestes doentes. Do estudo genético 40% dos doentes apresentavam *kras* mutado.

O local de metastização foi hepática em 67% (n=10); pulmonar em 20% (N=3); na anastomose em 13% (n=2) e peritoneal em 13% (n=2). Deste grupo de doentes, 47% (n=7) foram operados com intuito curativo da doença metastática, sendo a maioria (86% - n=6) submetidos a cirurgia hepática.

Da análise descritiva, comparativamente ao global dos doentes (n=121), observou-se que os doentes com doença metastática apresentavam maior percentagem de T3 e tumores moderadamente diferenciados. A presença de mutação *Kras* também foi mais prevalente.

Conclusão: Não se conseguiu identificar nenhum fator preditivo de metastização, provavelmente em relação com a pequena amostragem. No entanto, os estudos moleculares poderão ser uteis no sentido de identificar quais os doentes com maior risco de doença metastática e que beneficiariam de QT adjuvante evitando, quem sabe, o aparecimento de doença secundária.

P 39

COMO SE RELACIONA A POPULAÇÃO PORTUGUESA COM OS SEUS HÁBITOS INTESTINAIS E DE DEFECACÃO?

Tiago Leal; Sofia da Silva Mendes; Raquel Gonçalves;
Ana Célia Caetano
Hospital de Braga

Introdução: A manutenção de trânsito intestinal e de um ritual de defecação adequados são importantes para uma vida saudável e evitar o desenvolvimento de pato-

logia. Existem poucos estudos a abordar a prevalência de obstipação na população portuguesa e nenhum que tenha caracterizado os seus hábitos de defecação.

Objetivos: Caracterizar os hábitos intestinais e de defecação e a sua importância para a população portuguesa.

Métodos: Tratou-se de um estudo transversal, com duração de 3 meses, baseado num questionário. De modo a obter uma representação da população geral, utilizou-se uma amostra de conveniência, selecionando os acompanhantes de doentes seguidos em consulta externa no nosso Hospital. Excluíram-se questionários com mais de 50% de informação omissa. Considerou-se significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados: Foram selecionados para análise questionários de 77 indivíduos ($52,97 \pm 12,92$ anos; 55,8% sexo masculino). De acordo com os critérios de Roma IV, obteve-se uma prevalência de 22,1% de obstipação e 18,2% de síndrome do Intestino Irritável predominantemente obstipação (SII-O). Relativamente aos hábitos na sanita, 21 (27,3%) afirmaram ler durante a defecação e 24 (31,2%) utilizar dispositivos tecnológicos (telemóvel/tablet). Estas práticas foram mais frequentes em pessoas mais jovens ($p=0,001$) e naquelas com antecedentes de patologia anal ($p=0,029$). Um total de 35,1% afirmou que os seus intestinos constituíam uma preocupação, sendo que essa resposta foi mais frequente em indivíduos com restrições alimentares ($p=0,011$), com <3 dejeções/semana ($p=0,04$), em pessoas com necessidade de medicação laxante ($p=0,002$), com tenesmo ($p=0,001$), com dor abdominal ($p=0,001$), em indivíduos preenchendo critérios de SII-O ($p=0,001$) ou com antecedentes de patologia anal ($p=0,046$). Caracterizou-se ainda a prevalência de patologia anal: doença hemorroidária 42,9%; fissura 18,2%; cirurgia anal 3,9%. Verificou-se que estas eram mais frequentes em indivíduos com <3 dejeções/semana ($p=0,021$) e que não tinham uma alimentação saudável ($p=0,020$).

Discussão/Conclusão: Saliencia-se o aspeto inovador deste estudo, permitindo identificar uma utilização elevada de material de entretenimento na altura da defecação, que se associou a história de patologia anal. Adicionalmente, verificou-se que uma parte significativa dos inquiridos se preocupa com o seu intestino. São necessários estudos de maior tamanho amostral para confirmar as associações estabelecidas.

P 40

PAPEL DA INFECÇÃO POR *BLASTOCYSTIS HOMINIS* NA DII

Miguel Mascarenhas Saraiva (Jr); Emanuel Dias; Candida Abreu; Helder Cardoso; Fernando Magro; Guilherme Macedo

Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: *Blastocystis hominis* é, na história recente da medicina, um dos mais controversos parasitas encontrados no trato gastrointestinal humano. Apesar de ser atualmente considerado um protozoário, existem ainda muitas dúvidas sobre a sua real natureza taxonômica, a sua epidemiologia e mesmo sobre o seu real caráter patogénico. Pelos métodos convencionais de exame parasitológico de fezes, é um dos parasitas mais encontrados, sobretudo nos países em desenvolvimento. Não obstante, se este parasita é realmente patogénico ou se é apenas um comensal não é tema unânime, sendo considerado, por muitos, um patógeno oportunista somente em doentes imunodeprimidos. Na prática diária, a deteção deste parasita num doente assintomático não requer maiores investigações, contudo na persistência da sintomatologia e no despiste de outras causas de enterocolite, deve iniciar-se terapêutica.

Descrição do caso: Reportamos o caso de um homem, 62 anos, seguido em consulta de Gastrenterologia desde 2015 por colite, presumivelmente colite ulcerosa, medicado com 5-ASA; em 2013 fora submetido a hemicolectomia esquerda e na peça operatória a pesquisa de vírus citomegálico (VCM) por imunohistoquímica foi positiva. Simultaneamente apresentava infecção VIH conhecida desde 2011, tratado com antirretrovirais. Em maio de 2018 foi avaliado no serviço de Urgência por dejeções sanguinolentas (> 10 por dia), tenesmo, falsas vontades e emagrecimento recente. De referir hemoglobina de 11 g/dL (valor prévio de 13 g/dL), elevação da proteína C reactiva de 72 mg/dL e contagem de linfócitos T CD4+ 632, com carga vírica VIH não detetada. Realizada rectossigmoidoscopia flexível de urgência, evidenciando edema, friabilidade, perda do padrão vascular da mucosa e múltiplas áreas de ulceração, totalizando um mayo subscore de 3.

Discussão e conclusões: Tendo em conta a semelhança sintomatológica da infeção por *Blastocystis* com a agudização da doença inflamatória intestinal, torna-se importante a sensibilização para o diagnóstico desta patologia, particularmente em pacientes homossexuais portadores ou não do vírus HIV, uma vez que este parasita tem sido

descrito como o agente mais comum de infecção parasitária nesta população, evitando diagnósticos incorretos e introdução de terapêuticas imunossupressoras que para além de ineficazes poderão constituir um fator nefasto nesta circunstância.

P 41

DRENAGEM POR ECOENDOSCOPIA DE ABCESSO PÉLVICO POR VIA TRANS-RECTAL

Sara Santos; Diana Carvalho; Gonçalo Ramos
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Os abscessos pélvicos podem ocorrer na sequência de várias patologias médicas ou como complicação pós-cirúrgica. A drenagem por ecoendoscopia por via trans-rectal ou trans-sigmoideia é uma opção pouco invasiva e segura neste tipo de coleções.

Descreve-se o caso de um homem de 26 anos, sem antecedentes de relevo, internado com dor abdominal e febre 10 dias após apendicectomia por via laparoscópica por apendicite aguda gangrenada e perfurada. Analiticamente salientava-se leucocitose ($25,96 \times 10^9/L$) e elevação de PCR (138mg/L). Realizou tomografia computadorizada (TC) que mostrava colecção abcedada com 37x25mm em topografia anterior ao terço superior rectal. Apesar de antibioterapia de largo espectro ao fim de duas semanas mantinha dor abdominal e imagiologicamente aumento dimensional da referida colecção (41x36mm).

Após discussão interdisciplinar optou-se por efectuar ecoendoscopia para eventual drenagem por esta técnica. Realizou-se exame com aparelho linear detectando-se, em localização anterior ao recto distando 13mm, colecção não pura, de parede pouco definida, com 44x39mm. Face às dimensões da lesão e parede mal definida optou-se por não efectuar drenagem com prótese e punccionou-se com agulha de 19-gauge com aspiração de líquido purulento, ocorrendo redução parcial da loca abcedada (dimensões residuais de 22x16mm). O procedimento decorreu sem intercorrências.

O exame microbiológico revelou a presença de *Enterococcus faecium*, *E. coli* e *Enterococcus raffinosus* tendo sido ajustada antibioterapia segundo antibiograma.

Assistiu-se a evolução clínica e analiticamente favorável, com redução dimensional da colecção em TC (20x15mm) pelo que teve alta clinicamente estável.

Com este trabalho pretende-se salientar a relativa simpli-

cidade da abordagem de casos selecionados de abscessos pélvicos por ultrassonografia endoscópica, sendo esta uma opção terapêutica segura e eficaz.

P 42

TROMBOSE ARTERIAL – MANIFESTAÇÃO SINGULAR DE DUAS DOENÇAS COLORRETAIS

Catarina Lopes; Pedro Lima, Fernando Azevedo; Mafalda Correia; Ana Ruivo; Ana Oliveira; Miguel Fernandes; Luís Antunes; António Manso; António Milheiro
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) são um conjunto heterogéneo de doenças, com elevada incidência em todo o mundo e com um aumento significativo nos países em vias de desenvolvimento.

As manifestações gastrointestinais são as mais frequentes, contudo, um terço dos doentes pode apresentar manifestações extraintestinais. Uma manifestação extraintestinal incomum da doença de Crohn é a trombose arterial.

As doenças inflamatórias intestinais estão associadas ao cancro colorretal por diversos fatores. A inflamação na mucosa intestinal é um dos principais fatores de risco para a transformação neoplásica, dado que favorece processos de displasia.

Objetivo: Apresentação de caso clínico de diagnóstico inaugural de DII e carcinoma colorretal por trombose aórtica aguda.

Caso clínico: Doente género masculino, 50 anos, submetido a amputação supracondiliana do membro inferior direito por isquémia aguda. Apresentava antecedentes pessoais de depressão, era fumador e tinha hábitos etílicos marcados. No pós-operatório desenvolveu sinais de isquémia do membro inferior esquerdo e realizou uma angio-TC abdominal, que revelou um trombo na bifurcação aórtica e espessamento do íleo terminal. Fez uma colonoscopia com biópsias que identificaram uma colite inespecífica no íleo terminal e um pólipó sésil no reto distal, que correspondia a um adenocarcinoma invasor. Após caracterização e estadiamento da lesão por ressonância magnética, o doente foi submetido a ressecção ileo-cecal laparoscópica e excisão de lesão rectal por via transanal (TAMIS). Avaliação anátomo-patológica da peça operatória revelou que alterações presentes no íleo terminal eram compatíveis com doença de Crohn e confirmou que o pólipó correspondia a um adenocarcinoma de baixo grau.

Relevância: A trombose arterial dos membros apesar

de rara pode ser a primeira manifestação da doença de Crohn, relacionando-se com a atividade da DII. Este caso revela a importância dos exames complementares no diagnóstico de DII e na descoberta acidental de CCR. Salienta-se a necessidade de deteção precoce e o correto estadiamento do CCR, permitindo um tratamento mais eficaz e a adoção de abordagens minimamente invasivas.

P 43 **UMA COMPLICAÇÃO RARA DE DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON**

Cristiana Sequeira; Rita Garrido; Rita Faria; Manuel Sousa; Carlos Pereira

Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital Beatriz Ângelo

A doença diverticular do cólon é muito frequente, e quando complicada é potencialmente fatal. A perfuração para a cavidade peritoneal pode resultar em abscesso localizado pericólico ou em peritonite generalizada. Mais raramente, a perfuração pode ocorrer para o retroperitoneu; nestes doentes, a ausência de sinais de peritonite pode atrasar o diagnóstico.

Os autores relatam o caso de um homem de 64 anos com antecedentes de cardiopatia isquémica e patologia osteoarticular da coluna lombo-sagrada, admitido no serviço de urgência (SU) por quadro com cerca de 3 semanas de evolução de lombalgia de caráter inflamatório e de agravamento progressivo automedicado com corticoide injetável. Como sintomas associados apresentava febrícula, astenia, anorexia e, nos 2 dias anteriores à vinda ao SU, aparecimento de dor abdominal localizada ao quadrante inferior esquerdo. Negava queixas respiratórias, traumatismo, cirurgia ou colonoscopia recente. Clinicamente apresentava um abdómen doloroso de forma generalizada e enfisema subcutâneo torácico, e analiticamente parâmetros inflamatórios muito elevados e lesão renal aguda. A radiografia de tórax e de coluna não tinha alterações relevantes. Para esclarecimento do quadro foi efectuada TAC toraco-abdominopélvica que mostrou diverticulite perfurada para o retroperitoneu com abscesso associado, pneumoperitoneu, pneumoretroperitoneu, pneumomediastino e enfisema subcutâneo torácico por extensão da infiltração gasosa. Foi submetido a operação de Hartmann e drenagem e lavagem abundante após abertura da goteira parietocólica esquerda, retroperitoneu, retrocavidade dos epiploons e do mediastino. Posteriormente foi admitido em UCI

para estabilização hemodinâmica, com evolução clínica e laboratorial favorável, tendo cumprido antibioterapia com piperacilina+tazobactam e metronidazol. Verificou-se melhoria imagiológica de pneumomediastino e desaparecimento do enfisema subcutâneo.

Destaca-se o caso pela singularidade alertando-se para o facto da presença de enfisema subcutâneo, pneumomediastino, pneumoperitoneu e inflamação retroperitoneu sugerir a existência de lesão de cólon perfurada para o retroperitoneu, em doentes sem história recente de trauma ou procedimento invasivo.

P 44 **ABCESSO HEPÁTICO E NEOPLASIA DO CÓLON: UMA COINCIDÊNCIA OU ASSOCIAÇÃO?**

Diana Ramos; Eduardo Pereira; Flávio Pereira; Marisa Linhares; Richard Azevedo; Ana Caldeira; António Banhudo

ULS Castelo Branco

Introdução: Os abscessos hepáticos ocorrem habitualmente após peritonite, em contexto de infeção biliar ou até mesmo em contexto de infeção sistémica. Alguns estudos asiáticos sugerem uma associação com neoplasia colorretal subjacente.

Objetivo: Partilha de um caso curioso de um doente com abscesso hepático no qual se diagnosticou concomitantemente, no decorrer do estudo, uma neoplasia do sigmóide. Este caso vai de encontro a alguns relatos de associação entre estas duas entidades.

Caso: Homem de 65 anos, internado por abscesso hepático do lobo direito com cerca de 8cm. Realizada drenagem percutânea ecoguiada do abscesso no serviço de gastroenterologia. Realizada exploração abdominal ecográfica peri-drenagem, que identificou, no hipogastro, formação sólida com mais de 3cm no cólon sigmóide. Em continuidade com esta formação, identificou-se coleção hipocogénica que se prolongava para fora da parede intestinal que, após administração de contraste endovenoso, era compatível com pequeno abscesso. Realizada TAC abdomino-pélvica que descrevia, no cólon sigmóide, nódulo/pólipo com densidade mista associada a pequena reacção líquida no espaço pélvico.

Realizou-se colonoscopia que revelou aos 35 cm da margem anal, pólipo semi-pediculado com cerca de 50 mm. Pólipo excisado em piecemeal após elevação da submucosa. Feita tatuagem a nível proximal e distal da lesão. A histologia revelou adenocarcinoma invasor

precoce de baixo grau, pT1.

Doente foi submetido a sigmoidectomia laparoscópica. Além disso, também se verificou previamente resolução de abscesso após antibioticoterapia e drenagem percutânea ecoguiada.

Conclusão: Trata-se de um caso interessante uma vez que se diagnosticou precocemente uma neoplasia do sigmóide por via ecográfica no contexto do estudo de um abscesso hepático.

Até se pode ter tratado de uma infeliz coincidência, no entanto estas duas entidades podem estar relacionadas. No nosso caso, o adenocarcinoma do sigmóide tinha um pequeno abscesso associado que pode ter contribuído para o aparecimento do abscesso hepático.

P 45

UMA CAUSA RARA DE OCLUSÃO INTESTINAL – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Raquel Pimentel; Cláudia Macedo; Sandra Lopes; Sofia Mendes; António Manso; Teresa Lindo; Francisco Portela; Pedro Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

A oclusão do intestino delgado por um corpo estranho ingerido é rara no adulto, podendo, contudo, ser facilitada por uma condição subjacente, como a doença inflamatória intestinal.

O objetivo dos casos clínicos é salientar a heterogeneidade fenotípica da doença de Crohn (DC) e o seu enquadramento no diagnóstico de uma oclusão intestinal. Homem, 62 anos, sem antecedentes de relevo, admitido por dor abdominal, anorexia, astenia e perda ponderal com 3 meses de evolução. À admissão, apresentava abdómen distendido, depressível e indolor, com evidência analítica de anemia, trombocitose e proteína C reativa elevada. O raio-X abdominal mostrou níveis hidro-aéreos do delgado e a TC revelou espessamento parietal do íleon terminal. A ileocolonosopia revelou úlceras no íleon terminal, com confirmação histológica de DC. Apesar da melhoria inicial com pausa alimentar e corticoterapia, ocorreu agravamento clínico ao progredir na dieta, com instalação súbita de dor abdominal e vômitos. A entero-TC mostrou dois segmentos de íleon terminal espessados, com uma formação ovalada com 17 mm no lúmen do segmento proximal. Foi submetido a ressecção ileocecal, com evidência intra-operatória de inflamação do íleon terminal, com um caroço de pêssego encravado num segmento espessado. O exame histopatológico da

peça operatória confirmou o diagnóstico de DC.

Homem, 47 anos, admitido em dezembro de 2005 por dor abdominal e vômitos de instalação súbita. Sem antecedentes relevantes além de uma cirurgia a fístula peri-anal. À admissão, apresentava abdómen distendido, difusamente doloroso à palpação. Analiticamente sem alterações, e radiologicamente com níveis hidro-aéreos do delgado. Foi submetido a laparotomia exploradora, constatando-se uma ileíte terminal, com um corpo estranho (miolo de noz) encravado na válvula ileocecal, o qual foi removido por enterotomia. Realizou colonoscopia, sem ileoscopia, que não revelou alterações. Cumpriu terapêutica com budesonida, com remissão clínica, abandonando o seguimento em consulta. Cinco anos depois, foi admitido por novo quadro suboclusivo. A TC abdominal mostrou espessamento parietal do íleon distal e a ileocolonosopia revelou mucosa do íleon terminal edemaciada e ulcerada, cuja histologia foi compatível com DC.

Os casos descritos demonstram que os sintomas de oclusão intestinal na DC podem ser relacionados com o bloqueio causado pela estenose *per se*, como pela retenção de um corpo estranho ingerido num segmento intestinal anormalmente espessado.

P 46

LIPOMA CÓLICO PSEUDO-PEDICULADO MAL DIAGNOSTICADO COMO ADENOMA PEDICULADO – RE-AVALIAÇÃO E RESSEÇÃO EM CENTRO DIFERENCIADO

Catarina Gomes; Rolando Pinho; Mafalda Sousa; João Carlos Silva; Edgar Afecto; João Carvalho

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Os lipomas do cólon são a segunda causa mais comum de tumores cólicos benignos, apesar de serem tumores mesenquimatosos raros. Estas lesões são geralmente achados incidentais, sendo que os doentes são usualmente assintomáticos. Os lipomas de maiores dimensões (> 4 cm) podem condicionar sintomas importantes em cerca de 75% dos casos, tais como dor abdominal, diarreia, obstipação, ou até quadros de obstrução ou intussuscepção intestinal. Nestas situações a ressecção endoscópica ou cirúrgica está recomendada.

Objetivo: Realçar a importância da abordagem endoscópica na orientação de um lipoma cólico de grandes dimensões.

Resumo do caso: 50 anos, sexo masculino sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, foi referenciado para o hospital pelo médico de família por apresentar numa colonoscopia do exterior um pólipó pediculado com cerca de 30 mm no cólon sigmóide, cujas biopsias identificaram um adenoma tubulo-viloso com displasia baixo grau. O doente foi proposto para polipectomia em meio hospitalar. Na colonoscopia hospitalar identificou-se uma lesão subepitelial pseudo-pediculada, com cabeça esférica e lisa, com cerca de 40 mm. Procedeu-se à ressecção endoscópica após aplicação de 2 laços hemostáticos na base (o segundo por técnica *loop-over-loop* sob o primeiro) seguido de exérese com ansa diatérmica. Após exérese, verificou-se que o bordos proximais dos laços hemostáticos encontravam-se próximos da superfície de ressecção, pelo que se colocou pela mesma técnica um terceiro *endoloop* sob os anteriores. A superfície de corte era composta por tecido amarelado sugestivo de lipoma. O exame histológico demonstrava mucosa cólica normal com lipoma submucoso.

Relevância: Na literatura os lipomas cólicos constituem apenas cerca de 0.3% casos de patologia coloretal. O aspecto endoscópico de um lipoma cólico volumoso pode sugerir uma lesão de carácter neoplásico. Dado a raridade destas lesões e a morfologia das mesmas, o erro diagnóstico em centros com menos experiência em endoscopia pode ser frequente. Além disso, as lesões de maiores dimensões podem ser difíceis de caracterizar tendo em conta o mau acesso endoscópico. Este caso é importante pelo facto da descrição da lesão na colonoscopia e o exame histológico do exterior sugerirem um outro tipo de lesão, nomeadamente um pólipó adenomatoso, o que não se verificou após a ressecção da peça. Realçam-se também as particularidades técnicas da colocação do terceiro laço hemostático sob os 2 primeiros.

P 47

INVAGINAÇÃO ILEO-CÓLICA NO ADULTO POR PÓLIPO FIBRÓIDE INFLAMATÓRIO

Cláudia Macedo¹; Maria João Koch²; Cláudia Agostinho¹; António Manso²; Maria Augusta Cipriano³; Pedro Figueiredo^{1,4}

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Doente de 70 anos, sexo feminino que recorreu ao serviço de urgência por náuseas e dor abdominal no flanco direito com 5 dias de evolução. Referiu trânsito intesti-

nal mantido para gases e fezes líquidas. Sem história pessoal ou familiar de cancro colorretal. Sem cirurgias abdominais prévias. Ao exame objetivo, dor abdominal difusa com dor à palpação no flanco direito, sem sinais de irritação peritoneal. O estudo analítico revelou leucocitose (17,6 G/L), LDH e CK ligeiramente elevadas e proteína C-reativa elevada (14,6 mg/dL, normal < 0,5 mg/dL). A radiografia abdominal em pé mostrou presença de distensão de ansas do delgado, mas sem níveis hidroaéreos. A ecografia abdominal objetivou espessamento heterogéneo e irregular do cólon ascendente até ao terço médio do cólon transversal numa extensão de 15 cm. A sintomatologia e o estudo efetuado sugeriam obstrução mecânica causada, provavelmente, por massa tumoral. Para esclarecimento do quadro, foi realizada uma tomografia computadorizada do abdómen que mostrou insinuação do íleon terminal no cólon que se encontrava espessado sugerindo invaginação ileo-cólica. Foi solicitada colonoscopia com a intenção de reduzir a invaginação. Contudo, apenas foi possível alcançar o colon transversal tendo sido observada protusão de formação volumosa oclusiva com mucosa congestiva sugestiva de invaginação com sinais de isquémia pelo que não era passível de resolução endoscópica. A doente foi submetida a hemicolecotomia direita laparoscópica. A avaliação imunohistopatológica revelou tratar-se de um pólipó inflamatório fibroide com 6x6x4,5 cm (pólipó de Vanek). A doente apresentou boa evolução durante o internamento, sem registo de complicações.

A invaginação intestinal é rara em adultos sendo responsável por 1 a 5% de todos os casos de obstrução intestinal mecânica e em metade destes casos é causada por tumores malignos. Existem relatos de casos de redução de invaginações intestinais em crianças e em adultos, mas o tratamento de primeira linha é a cirurgia. Apresentámos este caso, ilustrado iconograficamente (imagens de tomografia, endoscopia, cirurgia e anatomia patológica), de uma causa rara de dor abdominal no adulto que apesar de infrequente não deve ser esquecida.

P 48

HEMANGIOMA CAVERNOSO DO CÓLON

Miguel Mascarenhas; Rui Morais; Regina Gonçalves;
Joanne Lopes; Guilherme Macedo

Centro Hospitalar de S. João, Porto e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Os hemangiomas cavernosos do cólon são lesões vasculares, benignas, raras, sendo o local mais frequentemente afetado a transição recto-sigmóide. O tratamento cirúrgico está preconizado nas lesões difusas de grandes dimensões mas na presença de lesões pediculadas a ressecção endoscópica deve ser priorizada. Apresentamos um caso de um paciente do género masculino, 65 anos, referenciado para realização de colonoscopia por pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. Este exame revelou ao nível do cólon sigmóide um pólipóide pediculado (35 mm) ocupando mais de metade do lúmen, de base larga, revestido por mucosa de aspecto vinoso discreto. Neste contexto, foi colocado *endolooop* e realizada polipectomia com ansa diatérmica. Durante o procedimento *endolooop* foi cortado, com hemorragia em jato, controlada após colocação de *clips* e injeção de adrenalina diluída. O relatório anatomopatológico evidenciou lesão de configuração polipóide, revestida por mucosa hiperplásica e plano da submucosa expandido por numerosos vasos de parede espessada, em contexto de hemangioma cavernoso do cólon. Posteriormente, foi realizada colonoscopia de reavaliação volvidos 3 meses que evidenciou escara de polipectomia prévia sem evidência de lesão residual. Com efeito, no presente caso a lesão não apresentava o aspeto angiomatoso típico, facto que pode ser explicado pela presença de alterações hiperplásicas da mucosa com presença de vasos expandidos a nível da submucosa. Apesar de existir controvérsia relativamente ao risco de hemorragia após remoção endoscópica destas lesões, face a essa possibilidade uma abordagem endoscópica cuidadosa com profilaxia de hemorragia adequada é crucial o sucesso terapêutico.

P 49

DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE ADENOCARCINOMA DO RETO EM DOENTE DE ALTO RISCO CIRÚRGICO

Luísa Martins Figueiredo; Maria Ana Rafael; Gonçalo Alexandrino;
Luís Lourenço; Catarina Rodrigues; Mariana Cardoso;
Mariana Nuno Costa; Ana Maria Oliveira; Alexandra Martins
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A disseção endoscópica da submucosa (DES) é um procedimento minimamente invasivo que permite a ressecção curativa de lesões superficiais do trato gastrointestinal, incluindo neoplasias com componente invasivo até ao nível da submucosa superficial. Apesar dos seus benefícios, tais como o de poder evitar terapêuticas cirúrgicas, é uma técnica que apresenta riscos e, portanto, os candidatos devem ser criteriosamente selecionados.

Caso clínico: Homem de 74 anos, com cirrose hepática alcoólica *Child-Pugh B* em abstinência há 1 ano; *status* pós hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esofágicas, tendo cumprido programa de profilaxia secundária; *status* pós trombose da veia mesentérica superior, tendo cumprido terapêutica com enoxaparina, com recanalização; *status* pós hemoperitoneu após paracentese evacuadora; *status* pós ressecção segmentar do intestino delgado e reparação de hérnia umbilical no contexto de hérnia encarcerada. Medicado com propranolol, espirolactona e pantoprazol. Por anemia ferropénica realizou colonoscopia que revelou aos 2 cm da linha pectínea uma lesão polipóide sésil (0-Is de Paris), com cerca de 25 mm e, sob cromoendoscopia virtual com NBI, com uma área com padrão de superfície irregular/obscuro e vasos irregulares (JNET 2B), cujas biópsias revelaram arquitetura vilosa com displasia de baixo e alto grau. Após discussão em Reunião Multidisciplinar e, para melhor caracterização da lesão, realizou ecoendoscopia digestiva baixa, que confirmou tratar-se de uma lesão uTis/T1 uN0.

Procedeu-se a DES da lesão descrita, sob apoio anestésico e insuflação de CO₂, tendo feito 1 pool de plaquetas intra-procedimento por trombocitopenia de 45000/uL. No final da ressecção endoscópica verificou-se hemorragia de alto débito (com ponto de partida em 4 vasos visíveis no centro da lesão), que foi controlada com bomba de água, pinça de coagulação hemostática e aplicação *dehemoclips*. Recuperou-se a peça de disseção (~28 mm), cuja histologia confirmou ressecção endoscópica curativa de adenocarcinoma do reto, sem invasão linfovascular nem “*budding*” tumoral.

Não se registaram outras complicações imediatas, nem tardias. O doente teve alta nas primeiras 48h pós-procedimento.

Não se observou lesão residual ou recidiva no *follow-up*.

Conclusão: Descreve-se um caso de ressecção endoscópica curativa de um adenocarcinoma precoce do recto justa-anal, através da técnica de DES, evitando a necessidade de cirurgia num doente de elevado risco cirúrgico.

P 50

SÍNDROME DA ÚLCERA SOLITÁRIA DO RETO – QUANDO A TERAPÊUTICA CONSERVADORA FALHA

Maria Ana Rafael; Filipa Bordalo Ferreira; Mariana Cardoso; Ana Maria Cardoso

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

A síndrome da úlcera solitária do reto é uma perturbação defecatória pouco comum caracterizada por uma combinação de sintomas, achados endoscópicos e alterações histológicas. Embora a sua fisiopatologia não esteja totalmente esclarecida, o trauma direto ou a isquémia local por aumento da pressão intrarretal parecem ser os principais fatores envolvidos. Habitualmente, o tratamento é conservador, passando por alterações dietéticas, comportamentais, terapêutica farmacológica (laxantes e terapêutica tópica) e *biofeedback*. Em casos mais avançados ou refratários, particularmente com prolapso retal grave, é necessário recorrer a tratamento cirúrgico, nomeadamente a rectopexia.

Apresentamos o caso clínico de uma doente de 59 anos com antecedentes pessoais de parto vaginal complicado de laceração do períneo e obstipação crónica, com componente terminal com necessidade de digitação ocasional retal. Por queixas de hematoquezias de sangue vivo e proctalgia, realizou uma colonoscopia total, que revelou no reto distal uma úlcera com cerca de 15mm, de bordos regulares e ligeiramente escavada, com mucosa circundante hiperemiada. As biópsias dos bordos da úlcera evidenciaram focos de fibroplasia na lâmina própria e formação de microcriptas, sugerindo etiologia isquémica. O exame microbiológico e a pesquisa no exsudado retal de *Chlamydia trachomatis* e de *Neisseria gonorrhoeae* foram negativos, bem como as serologias para VIH, sífilis e herpes *simplex*. Apresentava IgG positivo e IgM negativo para Citomegalovírus, e a sua pesquisa por imunohistoquímica nas biópsias retais também foi negativa.

Iniciou terapêutica com laxante e com supositórios de

messalazina, com melhoria das queixas de obstipação e redução do número de episódios de retorragias e de proctalgia. No entanto, não se verificou redução das dimensões da úlcera. Realizou ainda terapêutica tópica com budesonido, sem sucesso.

Desta forma, efetuou defecografia por ressonância magnética que revelou pequeno retocelo que se tornava exuberante com a evacuação, bem como dissinergismo com flacidez de todos os três compartimentos pélvicos, com maior exuberância no compartimento posterior.

Assumindo-se síndrome da úlcera solitária do reto refratária à terapêutica médica, em contexto de volumoso retocelo e dissinergismo do pavimento pélvico, foi encaminhada para a consulta de Cirurgia Geral. Está a aguardar rectopexia ventral anterior.

P 51

LESÃO SUBEPITELIAL DO CÓLON: UM OLHAR MAIS PROFUNDO ATRAVÉS DA TÉCNICA UNROOFING

Inês Cunha¹; Mafalda Cainé²; Elisa Gravito-Soares^{1,3}; Marta Gravito-Soares^{1,3}; Pedro Amaro¹; Pedro Figueiredo^{1,3}

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Gastreenterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra; ³Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Os lipomas do cólon são neoplasias não epiteliais benignas comuns, geralmente assintomática e diagnosticadas incidentalmente em colonoscopias ou cirurgias realizadas por outro motivo. Na grande maioria das vezes, os lipomas apresentam, endoscópicamente, o aspeto típico de lesões subepiteliais sésseis ou semipediculadas, tipicamente amarelados, moles e arredondados, tornados desnecessária a aquisição de material para estudo histológico. A decisão de remoção e o método mais adequado para o efetuar permanece ainda controverso, tendo em conta a sua benignidade. Apresentamos, iconograficamente, o caso de uma mulher de 61 anos com antecedentes de cirurgia abdominal complicada com hérnia incisional submetida a múltiplas reparações que foi admitida no serviço de urgência por dor abdominal e hematoquezia. A TC abdominal revelou intussuscepção ceco-cólica e a colonoscopia com biópsia intussuscepção ceco-cólica com uma lesão polipoide no interior, sugestiva de formação lipomatosa, mas sem aspeto típico e com histologia inconclusiva.

Atendendo aos antecedentes cirúrgicos abdominais, optou-se por uma abordagem conservadora com

evolução clínica favorável. Posteriormente, foi repetida colonoscopia e uma *deep look with unroofing biopsy* que permitiu o diagnóstico definitivo de lipoma. Apresentamos este caso pela sua raridade e complexidade de abordagem. Os lipoma cólicos são habitualmente assintomáticos e entre os sintomáticos a intussuscepção é uma complicação rara que exige diagnóstico diferencial com neoplasia maligna. Tipicamente, a abordagem dos lipoma sintomáticos inclui ressecção cirúrgica, permitindo diagnóstico e tratamento. Porém, atendendo ao elevado risco cirúrgico deste caso uma abordagem minimamente invasiva era imperativa. A técnica de *unroofing biopsy* permitiu obtenção de amostra adequada de tecido, sem complicações, evitando a morbidade de outra intervenção cirúrgica.

P 52 **CARCINOMA BASOCELULAR PERIANAL** **– ABORDAGEM DE UMA ENTIDADE RARA**

André Tojal; Ana Rita Loureiro; Noel Carrilho; Horta Oliveira; Carlos Casimiro

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Introdução: O carcinoma basocelular (CBC) é a mais frequente das neoplasias epiteliais, localizando-se preferencialmente em áreas expostas ao sol, dado que a radiação ultra-violeta é considerada o fator etiológico mais importante. A ocorrência deste tumor na região perianal é extremamente rara.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico e sua relevância na prática clínica.

Resumo do caso: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 69 anos, com uma lesão ulcerada extensa na região perianal com um ano de evolução, associada a prurido anal; sem adenopatias inguinais palpáveis, nem lesões cutâneas semelhantes noutras áreas do corpo. Submetido a biópsia incisional cuja histologia revelou carcinoma basocelular (padrão nodular). A RMN pélvica identificou lesão na margem anal com invasão do esfíncter anal interno e parecendo invadir o esfíncter anal externo direito; sem adenopatias. TC toraco-abdomino-pelvico sem lesões secundárias à distância. Em reunião multidisciplinar, proposta radioterapia e vigilância. Seguimento em consulta desde há 2 anos, revelando lesão anal de aspeto cicatrizado, com algumas áreas fibróticas (dermatite rásica), sem recorrência local e à distância.

Relevância: O CBC perianal é uma entidade rara, podendo

ter um comportamento localmente mais agressivo nesta região, com possibilidade de envolvimento do canal anal e músculos esfíncterianos; contudo, metastização à distância é rara. A radioterapia, sendo não invasiva e indolor, pode ser o tratamento de eleição em lesões extensas, conferindo vantagens estéticas e funcionais ao poupar estruturas importantes. Vigilância da recorrência local reveste-se da maior importância neste tipo de tumor.

P 53 **UMA COMBINAÇÃO RARA DE INVAGINAÇÃO INTES-** **TINAL E DIVERTÍCULO DE MECKEL NO ADULTO**

André Tojal; Ana Rita Loureiro; Mafalda Couto; João Vicente; Noel Carrilho; Carlos Casimiro

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Introdução: A invaginação intestinal é uma patologia comum entre crianças, sendo uma entidade rara em adultos. A invaginação é responsável por apenas 1-3% da oclusão intestinal no adulto. O divertículo de Meckel, por outro lado, é a malformação intestinal congénita mais comum do trato gastrointestinal, ocorrendo em cerca de 2% na população. A maioria deles é assintomática e encontrado acidentalmente. São reconhecidos quando complicam sob a forma de diverticulite, hemorragia gastrointestinal, oclusão intestinal, perfuração ou invaginação.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico e sua relevância na prática clínica.

Resumo do caso: Um doente do sexo masculino, de 28 anos, apresenta-se no serviço de urgência com quadro de dor abdominal tipo cólica associada a diarreia e náuseas, referindo episódios prévios semelhantes com um ano de evolução. Apresentava dor à palpação do flanco direito, níveis hidroaéreos na radiografia abdominal e imagem “em alvo” (ansa dentro de ansa) na ecografia abdominal. Para esclarecimento realizou TC abdominal que confirmou a presença de invaginação intestinal ileo-ileal, no hipogastro, a 12cm da válvula ileocecal, bem como outra invaginação a nível da fossa ilíaca direita (mais proximal), ambas sem causa aparente. Submetido a laparotomia exploradora, onde após duas desinvaginações de delgado se identificou divertículo de Meckel como agente causal da mais distal (sem causa para a invaginação jejuno-jejunal), tendo sido realizada diverticulectomia. A histologia confirmou divertículo de Meckel sem alterações displásicas ou inflamatórias. Pós-operatório sem intercorrências. Assintomático aquando da consulta de seguimento, tendo

realizado enteroTC e colonoscopia, sem outros achados. **Relevância:** O presente caso salienta o fato do divertículo de Meckel dever ser considerado no diagnóstico diferencial da invaginação intestinal em todos os doentes, particularmente naqueles com recorrência da sintomatologia.

P 54

INTERVENÇÃO EFICAZ SOBRE TUMOR DO ESTROMA DO RETO E NEOPLASIA RENAL SÍNCRONA

Joana Alves da Silva, Tiago Pereira Guedes, Daniela Falcão, Ana Galaghar, Mónica Sampaio,*Marisa Santos,*Isabel Pedroto,*F. Castro Poças

Centro Hospitalar e Universitário do Porto *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução: Tumores do estroma gastrointestinal - GIST - são os tumores mesenquimatosos mais comuns do trato gastrointestinal (TGI). A maioria (~85%) possui mutações nos oncogenes KIT ou PDGFRA e cerca de 30% são malignos, sendo essencial a sua caracterização histopatológica.

Os GISTs do reto representam cerca de 4% de todos os GIST, surgem frequentemente como lesões subepiteliais na endoscopia e o seu diagnóstico é histológico. O tratamento é essencialmente cirúrgico, seguido de terapêutica adjuvante em doentes de maior risco.

Objetivo: Apresentação de ocorrência rara: GIST do reto e neoplasia renal síncrona.

Caso clínico: Sexo feminino de 71 anos realiza colonoscopia em contexto de rastreio com evidência de lesão subepitelial do reto. Assintomática. Realizou ecoendoscopia: no reto distal lesão heterogénea, hipoeocogénica, maior diâmetro transversal de 21,5mm, na dependência da camada muscularis propria. Punção aspirativa com agulha 22G. Citologia com células fusiformes com atipia nuclear ligeira a moderada compatíveis com GIST. Avaliação imunohistoquímica não possível por falta de material. Realizou TAC TAP com evidência de lesões nodulares pulmonares cuja investigação revelou hamartomas; formação expansiva exofítica do rim esquerdo, cuja histologia revelou carcinoma de células renais. Foi submetida a nefrectomia esquerda aos 73 anos. Atualmente sem evidência de recidiva.

Aos 75 anos, após tratamento de neoplasia renal, foi submetida a cirurgia de excisão endoanal do GIST. O exame histológico da peça cirurgia revelou neoplasia fusocelular com características morfológicas de GIST

com 2,2 mm de maior diâmetro.

Atualmente a doente tem 77 anos. *Follow-up* com ecoendoscopia ano-retal sem evidência de recidiva.

Relevância: Consideramos este caso de particular interesse por se tratar de um GIST em localização rara, e pelos desafios de gestão que surgiram no decurso clínico.

Apesar deste caso se tratar de um GIST do reto localizado, a ressecção cirúrgica só ocorreu quatro anos após o seu diagnóstico devido à ocorrência concomitante de carcinoma de células renal. Perante a estabilidade do GIST e ausência de sintomas, foi decidido em consulta multidisciplinar a abordagem em primeiro lugar da neoplasia renal.

A ocorrência de neoplasias síncronas em casos de GIST tem sido reportada na literatura, particularmente no TGI e genito-urinário. Apesar de ser um caso de desafio, consideramos ser também um exemplo de sucesso no tratamento de duas neoplasias síncronas.

P 55

DOENÇA DE CROHN ATÍPICA EM JOVEM ADULTA: DESNUTRIÇÃO E BAIXO PESO SEVEROS

Cláudia Macedo¹; Lagchar Barreto¹; Sandra Lopes¹; Sofia Mendes¹; Margarida Ferreira¹; Francisco Portela¹; Júlio Leite^{2,3}; Pedro Figueiredo^{1,3}

¹Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Jovem de 19 anos, do sexo feminino, internada por dor abdominal, perda de peso e espessamento ileocecal em ecografia. Associadamente 2-3 dejeções líquidas por dia, sem sangue ou muco. Ao exame objetivo, magreza extrema (IMC 10,4 kg/m²), abdómen timpanizado e distendido, com dor na fossa ilíaca direita onde se palpava plastron. Negava patologia relevante na infância. Sem história familiar de DII. Sem contacto com tuberculose. Sintomatologia com anos de evolução e agravamento recente, destacando-se desnutrição com perda de peso acentuada atribuída a depressão e anorexia. Analiticamente, anemia de 9,3 g/dL, normocítica, hipocrómica, trombocitose (618 x10⁹/L), VS 31 mm/h, hipoalbuminemia (2,4 g/dL) e PCR 6,22 mg/dL. Coproculturas negativas, calprotectina fecal (CF) 5778 mg/kg e IGRA negativo. Efetuada colonoscopia com progressão até ao cólon ascendente proximal interrompida por lesão vegetante, pseudopolipoide e estenosante cujas biópsias sugeriram colite ligeira não granulomatosa. Entero-TC com alterações sugestivas de Doença de Crohn ileocecal. Caso

discutido em reunião multidisciplinar tendo sido decidido tratamento cirúrgico com melhoria prévia do estado nutricional. Submetida a hemicolectomia direita e enterectomia segmentar com necessidade de nova laparotomia ao segundo dia do pós-operatório por choque hemorrágico. O mesmo internamento foi complicado por pneumonia nosocomial a MRSA com necessidade de admissão no serviço de medicina intensiva, deiscência da sutura abdominal e necessidade de drenagem cirúrgica de abscesso pélvico sem abordagem percutânea. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica foi compatível com Doença de Crohn com envolvimento ileocólico com atividade severa. A doente teve alta após 49 dias de internamento, melhorada. Na consulta de DII, 4 meses depois, encontrava-se assintomática e com IMC de 17,6 kg/m². Na colonoscopia de reavaliação aos 6 meses, observou-se recidiva da doença (*Score Rutgeerts* i2) e laboratorialmente CF de 452 mg/kg pelo que iniciou azatioprina. Na última avaliação (20 meses após admissão e 9 meses após início de azatioprina), a doente mantinha-se assintomática, com IMC de 21,5 kg/m², CF de 60 mg/kg e sem alterações inflamatórias na ecografia com contraste oral. Apresentámos o caso, ilustrado iconograficamente (exames de imagens, colonoscopia, evolução do IMC), pela sua singularidade de apresentação e percurso marcado por complicações decorrentes do estado basal da doente, todavia com sucesso terapêutico.

P 56

PERITONITE ESTERCORAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA DO RECTO OCLUSIVA

Fernando Azevedo; Carolina Canhoto; Rodrigo Nemésio; Eva Santos; Ana Ruivo; Alexandre Monteiro; António Milheiro
Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As complicações mais comuns do carcinoma colo-rectal são a perfuração e a oclusão, sendo que em 15 a 40 % dos doentes correspondem à manifestação inicial da doença neoplásica. Nos casos mais severos de perfuração do colón, pode-se desenvolver uma peritonite estercoral, sendo uma emergência cirúrgica e com prognóstico reservado; a sua suspeita clínica é essencial para um diagnóstico correcto e atempado.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico relativo a esta patologia.

Resumo do caso: Doente do sexo feminino com 73 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de dor abdominal intensa e rectorragias com 2 horas de evolução.

Refere desconforto abdominal desde há vários meses, nunca tendo recorrido ao seu médico assistente para estudo complementar. Como antecedentes pessoais, apresentava sarcoidose e hipertensão, não medicadas. Clinicamente apresentava-se apirética, hemodinamicamente estável, mas com dor e defesa à palpação em todos os quadrantes abdominais, com sinal de *Blumberg* positivo. O toque rectal revelou a presença de uma lesão neoplásica irregular e circunferencial a 8 cm da margem anal. Analiticamente sem leucocitose ou elevação da PCR. O Rx abdominal efectuado no Serviço de Urgência apresentava pneumoperitoneu. Para melhor esclarecimento clínico, e com a suspeita de perfuração de víscera oca associada a neoplasia do recto, efectuou TC abdominal que mostrou ruptura extensa no colón sigmóide, com presença de grande quantidade extra-luminal de fezes e pneumoperitoneu; distalmente identificada lesão neoplásica do recto médio e alto com 8 cm de extensão, com invasão extramural e do mesorrecto. Foi submetida a laparotomia exploradora, com identificação de peritonite fecal exuberante e generalizada secundária a perfuração do sigmóide. Efectuada ressecção anterior do recto com colostomia terminal e lavagem peritoneal. A doente teve alta ao 9º dia de pós operatório, sem intercorrências.

Relevância: Este caso clínico revela uma apresentação inicial de uma neoplasia oclusiva do recto com perfuração a montante, manifestando-se como um ventre agudo. A peritonite fecal generalizada é uma situação clínica rara; quando diagnosticada, a intervenção cirúrgica é mandatária e urgente para o controlo atempado do foco séptico.

P 57

OCCLUSÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INTERNA SECUNDÁRIA A DIVERTICULITE DE MECKEL GANGRENADA

Fernando Azevedo; Carolina Canhoto; Rodrigo Nemésio; Eva Santos; Ana Ruivo; Ana Oliveira; António Milheiro
Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O divertículo de Meckel é a anomalia congénita mais frequente do intestino delgado, sendo geralmente assintomática. Em 4 % dos doentes, esta entidade pode complicar com hemorragia, oclusão intestinal ou inflamação. Embora mais comuns em crianças, as complicações do divertículo de Meckel também estão descritas em adultos. Nos casos de oclusão intestinal, o divertículo

de Meckel causa uma obstrução em ansa fechada, com estrangulamento do mesentério respectivo e isquémia do intestino delgado.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico relativamente a esta patologia.

Resumo do caso: Doente de 84 anos, do sexo masculino, recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de dor e distensão abdominal, vômitos e paragem de emissão de fezes nos últimos 4 dias. Tinha como antecedentes uma apendicectomia por incisão paramediana. Apresentava-se apirético, hemodinamicamente estável, mas com distensão abdominal marcada, sem sinais de irritação peritoneal. O Rx abdominal revelou múltiplos níveis hidro-aéreos de intestino delgado, sem pneumoperitônio. Analiticamente apresentava elevação da PCR (22 mg/dL). Efectuou TC abdominal que mostrou duas ansas de intestino delgado adjacentes e sob torção, com dilatação a montante, sugestivo de hérnia interna. Foi submetido a laparotomia exploradora, onde se objetivou a presença de divertículo de Meckel gangrenado, a cerca de 40 cm da válvula íleo-cecal, causando oclusão em ansa fechada com isquémia transmural. Foi efectuada uma enterectomia segmentar com anastomose mecânica. O pós-operatório complicou de pneumonia nosocomial bilateral, com necessidade de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos. Teve alta ao 20º dia de pós-operatório.

Relevância: A diverticulite de Meckel gangrenada é uma causa rara de oclusão intestinal, principalmente em doentes idosos. O divertículo de Meckel sintomático apresenta-se frequentemente num quadro de oclusão intestinal, causado por hérnia interna, invaginação, hérnia de Littré ou diverticulite. A diverticulotomia, com ou sem ressecção intestinal limitada e anastomose primária, é essencial nesses casos.

P58

CONDILOMA ACUMINATUM – UM CASO DE EVOLUÇÃO MALIGNA

Maria Margarida Carvalho¹; Andreia Rei¹; Ana Laranjo¹; Sara Pires¹; Nuno Veloso¹; Gonçalo Pinto²; Lurdes Gonçalves¹; Rogério Godinho¹; Isabel Medeiros¹

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

Introdução: A infecção por Vírus do Papiloma Humano (HPV) tem apresentando uma incidência crescente e os subtipos de alto risco encontram-se implicados em 90%

das lesões ano-genitais pré-malignas e malignas.

Objetivo: Descrição de caso de carcinoma pavimento celular em doente com Condiloma *acuminatum* e imunossupressão.

Resumo: Sexo masculino, 37 anos, com doença renal crónica terminal sob hemodiálise, submetido a transplante renal aos 17 anos com perda do enxerto e Condiloma *acuminatum* submetido a terapêutica tópica com regressão das lesões anos antes, que recorreu ao serviço de urgência(SU) por proctalgia, proctorreia purulenta e vegetação perianal de aumento progressivo. Ao exame físico volumosa lesão verrucosa em contiguidade com o canal anal, irregular, dura e friável. Analiticamente, leucocitose(15.000/mcL, neutrófilos 70%) e PCR 4mg/dL. A Tomografia computadorizada(TC) revelou colecção perianal (10x20x6cm) com extensão perineal anterior, fistulizada, espessamento da parede posterior do recto, contactando com o esfíncter anal externo e adenopatias locais. Foi medicado com antibioterapia empírica com melhoria e teve alta. Um mês depois, por agravamento da proctalgia e retorragias, recorreu novamente ao SU e foi re-internado. Foi solicitado apoio da Gastrenterologia que sugeriu realização de Ressonância Magnética que mostrou lesões irregulares sólidas de aspeto vegetante, confluentes com extensão para o períneo (7,5x4,9cm) que poderiam corresponder a neoplasia *versus* processo inflamatório, já não referindo colecções perianais. Foi efectuada colonoscopia que não mostrou alterações e foi efectuada biópsia da lesão verrucosa. A histologia foi compatível com carcinoma pavimento celular, bem diferenciado, queratinizante com identificação de HPV 16. Dosearam-se Ac anti-VIH que foram negativos. A TC de estadiamento, excluiu metástases à distância (Estadio cT3NxM0). Na Consulta de Decisão terapêutica, o doente foi proposto para Químio-radioterapia(QRT).

Relevância: Este caso ilustra a associação entre HPV de alto risco e Carcinoma anal, salientando o papel que a imunossupressão continuada teve na recorrência e transformação maligna das lesões verrucosas. A QRT é a abordagem de escolha na maioria dos casos, excetuando-se os carcinomas bem a moderadamente diferenciados pequenos, nos quais a ressecção local com margens adequadas pode ser curativa. A vacinação das populações de risco pode ser um método preventivo eficaz, não tendo benefício em lesões estabelecidas.

P 59 Trabalho retirado

P 60

DIVERTICULITE AGUDA – A PROPÓSITO DE UM CASO EXTREMO

Rute Pereira; Berta Cruz; Tina Sanai; Elvira Santos;
Helena Carneiro; João Maia Teixeira; Tatiana Revez;
Paulo Cardoso; Ricardo Ribeiro; Martins dos Santos.

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Hospital de Faro

A diverticulite aguda é definida como a inflamação ou infeção associada à presença de divertículos. A diverticulose cólica acomete aproximadamente 60% da população com idade superior a 60 anos; a diverticulite aguda manifesta-se em até 1/3 destes doentes.

Pretende-se com esta exposição, a apresentação de um caso, que toma contornos extremos e quase fatais, de uma doença benigna.

Mulher de 67 anos de idade, recorre ao serviço de Urgência por quadro arrastado, com cerca de 5 semanas de evolução, de perda ponderal, anorexia, vómitos e diarreia. Refere ainda a presença de empastamento ao longo do flanco esquerdo, com várias semanas de evolução.

Neste contexto, realizou Tomografia Computorizada Abdominal e Pélvica que revelou a presença de significativo espessamento do cólon sigmóide, identificando-se 2 coleções contendo ar, medindo em 49 x 23 mm e 140 x 52 mm de maiores eixos no plano sagital. Este último abscesso contactava com o músculo ileo-psoas homolateral, sendo evidentes sinais de fistulização para a vertente esquerda da parede abdominal, imediatamente acima do nível da asa do osso íliaco, estendendo-se posteriormente para as partes moles da região lombar (123 x 35 mm de maiores eixos) e inferiormente para as partes moles da região nadegueira (147 x 74 mm) à esquerda. Foi submetida a laparotomia exploradora, constatando-se a presença de tumoração volumosa do cólon sigmóide, aderente à parede abdominal a nível da fossa íliaca esquerda e posteriormente ao ovário esquerdo e vasos íliacos. Durante a dissecação identifica-se perfuração da tumoração com abscesso extenso da parede abdominal anterior e posterior à asa do íliaco esquerdo.

Foi realizada sigmoidectomia e ooforectomia esquerda com colostomia terminal.

A doente teve alta ao 27º dia de internamento.

O exame histológico da peça revelou a presença de diverticulite aguda perfurada.

O caso apresentado dificilmente seria catalogado como uma doença de carácter benigno como é o caso da diverticulite aguda. O desafio diagnóstico é evidente, tendo em conta a evolução temporal e a extensão da infeção associada.

P 61

HEMORRAGIA APÓS LAQUEAÇÃO – SERÁ A RETOSIGMOIDOSCOPIA SUFICIENTE?

João Carlos Silva; Ana Ponte; Adélia Rodrigues; Rolando Pinho;
Mafalda Sousa; Catarina Gomes; Edgar Afecto; Ana Paula Silva;
João Carvalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

Descrição do caso: Os autores apresentam o caso de um homem de 63 anos. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e anemia em contexto de patologia hemorroidária (hemoglobina 10,8g/dL). Trata-se de um doente submetido a laqueação hemorroidária que recorre ao serviço de Urgência 16 dias depois por quadro de retorragias. Submetido a retosigmoidoscopia na qual se identificou no reto distal, imediatamente acima da linha anopectínea úlcera de base esbranquiçada (escara de laqueação prévia), sem hemorragia ativa ou estigmas de hemorragia recente, pelo que teve alta medicado com venotrópicos.

Por manutenção das perdas hemáticas recorre novamente ao SU 4 dias depois. Analiticamente apresentava hemoglobina de 7,9 g/dL. Repetiu retosigmoidoscopia, na qual se identificou escara de laqueação previamente descrita sem estigmas de hemorragia. Durante a permanência no serviço do Gastroenterologia o doente teve dejeção com retorragias abundantes, seguida de lipotimia. Decidiu-se repetir retosigmoidoscopia, instruindo o doente a fazer esforço defecatório, permitindo observar na retirada um ponto saliente milimétrico com hemorragia em toalha. Dado o mau acesso não foi possível fazer hemostase endoscópica. Procedeu-se a anuscopia na qual se observou hemorragia em jato tendo sido efetuada injeção de 4cc de polidocanol espumoso (3%) com controlo da hemorragia. A laqueação elástica pode complicar em até 10% dos doentes, sendo a hemorragia a complicação mais frequentemente documentada. O presente reforça a importância da visualização cuidada da margem anal em doentes com suspeita de hemorragia pós-laqueação e o papel do polidocanol espumoso no controlo da hemorragia pós-laqueação em contexto de urgência.