

POSTERS

P 01

UMA CAUSA INESPERADA DE ESPESSAMENTO DO CEGO

Gonçalo Alexandrino; Luísa Martins Figueiredo;
Ana João Alago; Jorge Reis

*Serviço de Gastrenterologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca,
Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*

Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, 53 anos, com antecedentes de alcoolismo. Recorreu ao serviço de urgência por dor na fossa ilíaca direita, constante e intensa, com 2 dias de evolução. Referia desde há 1 mês quadro de epigastralgias, enfartamento pós-prandial e flatulência. Com perda ponderal 8 kg no último ano.

À observação apresentava-se com dor à palpação profunda da fossa ilíaca direita (FID), sem defesa. Analiticamente com leucocitose, neutrofilia e PCR 2,5 mg/dL. Realizou ecografia abdominal “processo inflamatório na FID, espessamento do tecido adiposo, infiltração líquida heterogénea. Apêndice não individualizado”.

Para esclarecimento realizou TAC abdomino-pélvica: “espessamento parietal cecal concêntrico, sugestivo de neoplasia. Apêndice sem alterações”. Submetido a colonoscopia para biópsias da lesão “acima da válvula íleo-cecal, úlceras de fundo nacarado, aspecto endoscópico benigno, biopsadas. Imediatamente adjacente, corpo estranho pontiagudo (palito) impactado na mucosa, extraído com ansa de polipectomia. Sem sinais endoscópicos sugestivos de neoplasia”.

Quando posteriormente interrogado, o doente referiu que frequentemente adormece com um palito na boca, não se recordando no entanto de o ter ingerido.

Assume-se como diagnóstico final: reacção de corpo estranho, que mimetizou clínica e imagiológicamente apendicite aguda e neoplasia do cólon. Trata-se de um caso clínico raro e curioso que ilustra um diagnóstico diferencial complexo, com uma conclusão pouco provável. Realça ainda a utilidade e segurança da colonoscopia na extracção de corpos estranhos do cego.

Actualmente aguarda-se resultado histológico e TAC de re-avaliação (disponível na altura do congresso). O caso acompanha-se de iconografia completa (imagens de TAC, corpo estranho, histologia, colonoscopia).

P 02

LAQUEAÇÃO ELÁSTICA DE DIVERTÍCULO SANGRANTE DO CÓLON — UMA TÉCNICA EFICAZ

Joana Rita Carvalho; Miguel Moura; Carlos Freitas;
João Cortez Pinto; Mariana Marchado; Cílenia Baldaia;
Ana Valente; Luís Carrilho Ribeiro; José Velosa

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria

A hemorragia diverticular é a causa mais frequente de hemorragia digestiva baixa em adultos. Frequentemente, resolve espontaneamente, não sendo identificado o divertículo com hemorragia ativa (diagnóstico presumptivo). Numa percentagem de doentes em que a hemorragia não é auto-limitada, pode ser necessária cirurgia. A laqueação elástica (LE) foi proposta como uma técnica útil na hemorragia diverticular (HD).

Homem de 69 anos com doença coronária (sob clopidogrel), admitido por hematoquézias de sangue vivo (12 horas de evolução). Hipotenso, com abdómen indolor e entubação naso-gástrica com bilis. Analiticamente: anemia normocítica 6,1g/dL (prévia: 13g/dL). Após fluidoterapia e suporte transfusional, realizou colonoscopia: sem sangue, com diverticulose esquerda. Após 48 horas de internamento foi admitido na unidade de cuidados intensivos novamente com hematoquézias e instabilidade hemodinâmica. Endoscopia digestiva alta sem hemorragia. Fez colonoscopia (preparação rápida): sangue vivo e divertículos dispersos; a 60cm da margem anal, identificou-se divertículo com hemorragia ativa, pulsátil. Efetuada injeção de adrenalina (e elevação da mucosa) com cessação temporária da hemorragia e tatuagem do local. Introduziu-se o gastroscópio com kit de LE, tendo sido realizada LE do divertículo sinalizado. Após este procedimento, verificou-se cessação das perdas hemáticas, tendo o doente tido alta após reintrodução de clopidogrel.

Numa série recente, a LE foi superior à hemostase com clip (taxas de recidiva precoce 6% vs 33%). A preparação rápida e colonoscopia no mesmo dia facilita a identificação da HD ativa, sendo a tatuagem fundamental na sinalização do divertículo sangrante (e eventual cirurgia, caso necessário). Assim, a LE é uma técnica eficaz, segura e minimamente invasiva na HD.

P 03

UMA CAUSA RARA DE PERFURAÇÃO INTESTINAL — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Luísa Martins Figueiredo; Gonçalo Alexandrino;
Ana Alagoa João; Ana Maria Oliveira; Filipa Rocha; Vítor Nunes;
Jorge Reis

*Serviço de Gastrenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE
Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*

Descreve-se o caso de uma mulher de 72 anos, seguida em consulta de Gastrenterologia por estenose rídica da sigmoideia pós radioterapia, no contexto de carcinoma pavimento celular do colo do útero estadio IIB. Já tinha

sido submetida a 2 sessões de dilatação endoscópica, com boa resposta terapêutica.

Na sequência de um quadro de obstipação prolongada, a doente recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal difusa e paragem de emissão de gases e fezes. À observação apresentava abdómen distendido e timpanizado, doloroso na fossa ilíaca esquerda, sem defesa nem reação peritoneal. Toque retal sem fezes na ampola nem massas palpáveis. A TAC abdominal e pélvica mostrou volumoso fecaloma na transição rectossigmoideia, associado a espessamento parietal, circunferencial do cólon nessa topografia, condicionando distensão a montante, medindo o cego 9 cm de diâmetro. A doente foi submetida a laparotomia exploradora urgente, identificando-se perfuração contida na transição rectossigmoideia, pelo que se optou por operação de Hartmann. O pós-operatório foi complicado por abscesso pélvico, que resolveu com antibioterapia de largo espectro.

O presente caso faz-se acompanhar de iconografia respectiva.

A perfuração intestinal por fecaloma representa 3,2% de todas as perfurações do cólon. Existem menos de 100 casos descritos na literatura. O principal factor de risco é a obstipação crónica. O colon sigmóide é afectado em 47% dos casos e a região rectossigmoideia em 30%. Apenas 11% dos doentes são diagnosticados previamente à intervenção cirúrgica.

O diagnóstico precoce é portanto fundamental, uma vez que a perfuração por fecaloma pode provocar peritonite, sendo uma situação emergente.

P 04

FACTORES DE RISCO PARA CONVERSÃO DA LAPAROSCOPIA NA CIRURGIA COLO-RECTAL

Monteiro, N.; Praxedes, V.; Baptista, A.; Amado, F.; Rufino, S.; Cortez, L.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

À luz da literatura actual, a via laparoscópica é a abordagem gold standard da cirurgia colo-rectal, nomeadamente no tratamento oncológico. As vantagens inerentes a uma técnica cirúrgica minimamente invasiva são consolidadas por: menor dor no pós-operatório, menores taxas de infecção da ferida operatória, redução do tempo de internamento, regresso precoce à atividade profissional. A conversão para cirurgia convencional, dita aberta, deve estar sempre presente como uma alternativa. Os factores determinantes para a conversão são: problemas técnicos (aderências, obesidade, cirurgia inadequada do ponto de vista oncológico, variações anatómicas) e complicações intraoperatórias (hemorragia, iatrogenias).

Os autores apresentam a casuística do departamento infamesocólico do serviço de Cirurgia Geral num período de 5 anos (2012-2016). Este trabalho tem como objectivo relatar a taxa de conversão e quais os factores mais prevalentes que condicionaram alteração da via de abordagem cirúrgica, comparando estes resultados com o estado da arte.

A amostra é formada por 72 doentes que foram submetidos a cirurgia oncológica colorectal por via laparoscópica, sendo que houve necessidade de conversão em 18, que representa uma taxa de conversão de 25%.

Conclui-se que a taxa de conversão apresentada está de acordo com a bibliografia, tendo sido as principais causas de conversão a hemorragia intraoperatória e variações anatómicas.

P 05

Retirado

P 06

COLITE FARMACOLÓGICA ASSOCIADA A CRISTAIS INDUZIDOS POR TERAPÊUTICA COM RESINAS SEQUESTRADORAS DE ÁCIDOS BILIARES

Gonçalo Alexandrino¹; António Alves²; Mariana Cardoso¹; Rita Carvalho¹; Jorge Reis¹

¹Serviço de Gastrenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca;

²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Sexo feminino, 82 anos, com quadro de diarreia (4-5 dejectões/dia de fezes moles castanhas) com 4 meses de evolução. Medicada desde a mesma altura com probióticos, loperamina e colestiramina.

Realizou colonoscopia que mostrou de forma difusa mucosa hiperemiada, com úlceras superficiais dispersas, e áreas com mucosa de aspecto cicatricial.

A histologia revelou alteração ligeira da arquitectura das criptas com perda focal de células caliciformes e aspectos regenerativos/degenerativos epiteliais. Na lâmina própria, infiltrado inflamatório linfoplasmocitário com eosinófilos e neutrófilos a permear o epitélio superficial. Áreas de erosão/ulceração e necrose em relação com cristais eosinófilos sem presença de “escamas de peixe”.

Dada a história clínica, as alterações endoscópicas e histológicas são compatíveis com colite associada a cristais induzidos pela terapêutica com resinas sequestradoras de ácidos biliares. A terapêutica com colestiramina foi suspensa e registou-se resolução do quadro de diarreia.

A existência de cristais induzidos pela colestiramina já foi associada a erosão/ulceração/inflamação aguda, predominantemente no cólon. O principal diagnóstico diferencial são os cristais de kayexalato, cuja maior diferença é a presença do padrão de “escamas de peixe”.

Em conclusão, apresenta-se um caso extremamente raro de colite farmacológica por cristais induzidos pela colestiramina, que salienta a importância de considerar as lesões farmacológicas do tracto GI, por vezes subdiagnosticadas. A colite associada a cristais é uma entidade cada vez mais reconhecida em doentes sob terapêutica com resinas permutadoras de iões e deve fazer parte do diagnóstico diferencial de colite.

Encontrámos na literatura apenas um caso semelhante. O caso acompanha-se de iconografia (colonoscopia, histologia).

P 07

MELANOMA ANAL — REVISÃO BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Alagoa João¹; António Sampaio Soares¹; Ricardo Rocha¹;
Gonçalo Atalaia²; Carla Carneiro¹; Vasco Geraldês¹; Vítor Nunes¹

¹Serviço de Cirurgia Geral; ²Serviço de Oncologia Médica Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Descreve-se o caso de uma mulher de 85 anos, parcialmente dependente nas AVDs, referenciada ao serviço de urgência por lesão perianal com vários meses de evolução, assintomática. À observação, tratava-se de uma massa exofítica rosada, pediculada na margem anal, com cerca de 5 cm de diâmetro, invadindo o complexo esfinteriano. A biópsia revelou melanoma maligno (MM) primário, com invasão linfo-vascular. Os exames complementares de estadiamento documentaram metastização ganglionar, hepática, esplênica e pulmonar. Poucas semanas depois, a doente faleceu no contexto pós-operatório de fratura do úmero, sem beneficiar de qualquer terapêutica dirigida à doença oncológica.

O MM anal representa 2-4% das neoplasias ano-rectais e afeta habitualmente idosos. Origina-se em melanócitos da zona de transição do canal anal, onde a rede linfo-vascular abundante facilita a disseminação tumoral precoce, pelo que muitos doentes apresentam metastização ganglionar e à distância. O prognóstico desfavorável depende sobretudo da espessura e do estágio da lesão. O tratamento cirúrgico é o mais consensual na doença localizada, não estando comprovando o benefício da amputação abdomino-perineal sobre a ressecção alargada. Na doença avançada, a quimioterapia e radioterapia podem ser utilizadas, apesar da escassa evidência existente. Um eventual benefício da imunoterapia utilizada no MM cutâneo ainda não foi comprovado para o MM ano-rectal.

A abordagem terapêutica desta patologia representa um desafio, pois a sua raridade impossibilita a existência de estudos com elevado grau de evidência. Dada a agressividade intrínseca e o grupo etário preferencial, as opções disponíveis são limitadas. A abordagem multidisciplinar em centros especializados é essencial e deve ser individualizada.

P 08

A PROPÓSITO DE UM CASO DE LIFOMA COLORRETAL PRIMÁRIO

Vera Anapaz; Luís Lourenço; Ana Oliveira; Liliana Santos; Jorge Reis
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O presente caso clínico, refere-se a uma doente de 65 anos, do sexo feminino com diagnósticos de hipertensão arterial essencial e dislipidémia. Durante o *follow up* em consulta referia aumento das cadeias ganglionares cervicais, sem clinica sugestiva de infeção ou aumento dos parâmetros inflamatórios, sem anemia ou outras alterações relevantes. Realizou tomografia computadorizada cervical que revelou múltiplas adenomegalias nas diferentes cadeias ganglionares cervicais. Foi solicitada pesquisa de sangue oculto nas fezes pela Médica de família, cujo resultado foi positivo pelo que realizou colonoscopia que revelou no reto distal lesão vegetante, com bordos elevados e centro deprimido ulcerado, com cerca de 30 mm, e bordo distal a cerca de 1cm da margem anal, sugestivos de neoplasia do reto. O resultado histológico mostrou proliferação difusa de células de tamanho pequeno e intermédio, com núcleos irregulares e cromatina fina, sem nucleólo evidente e com escasso citoplasma, que expressam de forma intensa e difusa CD20, CD5 e Bcl-2, Ciclina-D1 e Bcl-6 (80% das células); Ki67 é de 34.2%, compatível com Linfoma de células B - Linfoma do Manto. Para estadiamento da neoplasia realizou tomografia computadorizada de torácica-abdominal-pélvica que revelou aumento volumétrico de diversas cadeias ganglionares (axilares, submandibulares, retroperitoneais e inguinais). A doente foi encaminhada para o Hospital Português de Oncologia para realização de terapêutica dirigida.

Apresentamos o caso clínico pela sua raridade. Sabe-se que os linfomas colorretais representam 15 a 20% dos linfomas gastrointestinais e o linfoma colorretal primário é responsável por 1,4% de todos os casos de linfoma não-Hodgkin.

P 09

RENTABILIDADE DIAGNÓSTICA DA BIÓPSIA DE CICATRIZES DE MUCOSECTOMIA SEM EVIDÊNCIA DE RECIDIVA ENDOSCÓPICA

João Carlos Silva; Rolando Pinho; Ana Paula Silva;
Luísa Proença; Adélia Rodrigues; Sónia Leite; Joana Silva;
Ana Ponte; Jaime Rodrigues; Mafalda Sousa; João Carvalho
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O tratamento de lesões colorretais por mucosectomia endoscópica acarreta um risco não desprezível de recorrência endoscópica e histológica. A realização de biópsia de cicatrizes de mucosectomia em estudo de vigilância está recomendada em todos os doentes.

Objetivos: Serve o presente estudo para quantificar a recidiva endoscópica de lesões submetidas a mucosectomia

e avaliar a rentabilidade das biopsias de cicatriz de mucossectomia em doentes sem evidência de recidiva.

Material e métodos: Num estudo retrospectivo, foram incluídos todos os exames de revisão de cicatriz de mucossectomia ao longo de 6 anos. Todos os doentes incluídos foram submetidos a mucossectomia de lesões colorretais com repetição de estudo endoscópico após 4-6 meses para revisão da cicatriz de mucossectomia.

Resultados: Num total de 234 mucossectomias em 166 (70,9%) não se observou recidiva endoscópica. Na população em estudo 57,0% dos doentes eram do sexo masculino. A idade média dos doentes em análise foi de 66,7 anos (DP \pm 9,4). A cicatriz de mucossectomia não foi observada em 23,5% dos casos (39 revisões). Em 127 mucossectomias a cicatriz foi identificada tendo sido feita biopsia da mesma em 108 (85,0%). A percentagem de biopsias com evidência de adenoma foi de 5,5%.

Discussão: Em exames de revisão de mucossectomia de lesões colorretais a biopsia de cicatrizes que não apresentam recidiva endoscópica deve ser feita considerando a possibilidade de identificação de lesões adenomatosas.

P 10

NEM TUDO O QUE PARECE É

— A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vera Anapaz; Mariana Cardoso; Ana Oliveira; Catarina Rodrigues; Liliana Santos; Jorge Reis

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Resumo: Doente de 38 anos, sexo feminino e antecedentes de úlcera vulvar, fissura anal submetida a esfincterectomia com fissurectomia, excisão de fibroma e condiloma acuminado secundários a efeito citopático de HPV e suspeita de síndrome de Behçet (com artralguas, eritema nodoso e úlceras aftosas).

Internada por hematoquezias de sangue vivo. Laboratorialmente, apresentava anemia normocítica normocrômica. Realizou colonoscopia total com ileoscopia terminal, identificado-se úlcera plana no reto distal e provável orifício fistuloso junto à úlcera. Foram realizadas biopsias dos bordos da úlcera (resultados inconclusivos) e colhido exsudado para exame bacteriológico (resultado negativo). Foi medicada com supositórios de messalazina e metronidazol oral com alta após evolução favorável (mantinha retorragias esporádicas).

Foi reinternada por retorragias e febre associada. Analiticamente apresentava 8,8g/dL hemoglobina, leucocitose 20000 u/L com neutrofilia, VS 115mm/1^h e PCR 4mg/dL. No exsudado anal isolou-se *Escherichia coli* e *Proteus mirabilis* multissensíveis, tendo iniciado ciprofloxacina e metronidazol. Para estudo etiológico realizou serologias para VIH, CMV, herpes simplex, VDRL, *Entamoeba histolytica* e *Chlamydia* cujos resultados foram negativos; ASCA e IGRA negativos. A pesquisa de *Chlamydia trachomatis* no exsudado anal foi negativa. Para exclusão de doença de Crohn realizou endoscopia

digestiva alta que revelou divertículo do esófago distal; a enteroscopia por videocápsula não revelou alterações. Efetuou ainda teste da patergia cujo resultado foi negativo. Foi avaliada pela Cirurgia tendo sido descritos dois orifícios fistulosos, tendo sido colocados setons largos. Evoluiu favoravelmente com descida da PCR.

A biopsia da úlcera retal foi positiva para HPVp16+. Foi medicada com imiquimod tópico com melhoria dos aspetos inflamatórios e do estado geral.

P 11

CONSEGUIRÁ O CIRURGIÃO TORNAR-SE INDEPENDENTE DO GASTROENTEROLOGISTA? AVALIAÇÃO

INTRAOPERATÓRIA DO LÚMEN COLO-RECTAL

— UM MÉTODO INOVADOR.

M. Cunha; J. Rachadell; E. Amorim

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Introdução: A rectosigmoidoscopia intraoperatória é uma valência cada vez menos usada pela maioria dos cirurgiões devido à lacuna de formação nesta área e à associação óbvia desta técnica com a Gastrenterologia.

Objectivo: Dar a conhecer uma técnica inovadora de avaliação intraoperatória do lúmen do cólon sigmoide e reto.

Material e métodos: Estudo observacional (2015-2017) dos doentes submetidos a cirurgia coloretal pelo grupo de Cirurgia Coloretal do Centro Hospitalar. Verificados os casos em que houve necessidade de avaliação intraluminal intraoperatória com a seguinte técnica: Introdução de um trocar de laparoscopia de 12 mm através do canal anal sem recurso a qualquer outra porta trans-anal; criado o respectivo pneumo-recto; utilizada câmara de laparoscopia para visualização do lúmen intestinal. Estatística: Análise descritiva e de frequências.

Resultados: Realizadas 352 cirurgias colo-rectais major (40,1% colón esquerdo e recto). De referir 8 casos de tumores/pólipos não tatuados e não palpáveis intraoperatoriamente. O recurso à referida técnica permitiu a avaliação da localização destas lesões em 100% dos casos. Paralelamente este procedimento possibilitou a confirmação das margens de ressecção em casos de dúvida (n = 3), realização de teste de patência da anastomose colo-rectal (n = 26) e identificação de local de perfuração cólica (n = 1).

Discussão/Conclusão: Este método permite a observação do lúmen colo-rectal com dispositivos acessíveis em qualquer bloco operatório e familiares a qualquer cirurgião, sem a obrigatoriedade da presença de um gastrenterologista durante o ato cirúrgico.

De acordo com o conhecimento dos autores este será o primeiro trabalho a descrever esta técnica.

P 12

LAQUEAÇÃO ELÁSTICA NO TRATAMENTO DE DOENÇA HEMORROIDÁRIA SINTOMÁTICA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Flávio Pereira; Richard Azevedo; Helena Ribeiro; João Pinto; Cátia Leitão; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Bahudo

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A laqueação elástica é ainda hoje a técnica office-based mais utilizada no tratamento da doença hemorroidária sintomática.

Objetivos: Avaliar a eficácia e a segurança da técnica

Métodos: Estudo retrospectivo entre janeiro/2013 e dezembro/2016, com recolha de dados de processo clínico dos doentes submetidos a laqueação elástica como tratamento de doença hemorroidária sintomática.

Resultados: 71 doentes foram submetidos a laqueação elástica (81,7% homens; média de idades: 56,1 anos). Os doentes foram seguidos em consulta, em média, durante 16 meses. À avaliação inicial, 98,6% apresentavam retorragias e 23,9% sensação de prolapso hemorroidário. 28,2% apresentava obstipação. Ao exame proctológico inicial, 3% apresentava prolapso grau I, 77,5% grau II e 18,3% grau III. No final do tratamento, 74,6% apresentou resolução dos sintomas e 21,1% uma melhoria. 4,2% (N = 3) manteve os sintomas, tendo sido encaminhados para intervenção cirúrgica. Em média, foram aplicados 3 elásticos por doente, num ratio de sessão:elástico de 2:3. Ocorreram complicações em 6,4% das laqueações, sendo as mais frequentes a proctalgia e a retorragia auto-limitadas.

Discussão: A laqueação elástica no tratamento da doença hemorroidária sintomática constitui uma técnica eficaz, segura e de fácil execução. Os resultados obtidos na nossa amostra suportam o recurso à laqueação elástica como primeira linha de tratamento, protelando as restantes técnicas para a doença refratária ou em que a laqueação está contra-indicada ou não pode ser aplicada.

P 13

HEMICOLECTOMIA DIREITA E ESQUERDA COM GASTRECTOMIA ATÍPICA POR VIA LAPAROSCÓPICA

Joana Miranda; Olga Oliveira; Luís Ferreira; Nuno Vilela; Maria Jorge Lopes

Hospital de Santarém

Introdução: Doente do sexo masculino com 49 anos de idade. Sem antecedentes relevantes. Queixas de anorexia e perda de 5 kg desde há 15 dias. Dor abdominal e diarreia desde há 2 dias. TAC: sugestiva de neoplasia do cólon com invasão gástrica. EDA: abaulamento da parede posterior do corpo, provável compressão extrínseca. Colonoscopia: Neoformação do cólon transverso infranqueável. Histologia: Adenocarcinoma bem diferenciado.

Material: O doente foi submetido a hemicolecotomia

direita e esquerda com gastrectomia atípica por via laparoscópica que decorreu sem complicações. No vídeo são apresentados pormenores da técnica cirúrgica que demonstram que é uma técnica eficaz.

Resultados: Boa evolução pós-operatória. Início da dieta oral – 1º PO. Alta no 6º PO. Histologia: Adenocarcinoma do cólon de baixo grau. 58 gânglios – nenhum comprometido (ypN0). O tumor infiltra todas as camadas do cólon e estômago e ulcera a mucosa gástrica; margens cirúrgicas livres de lesão (ypT4b)

Conclusão: Pretende-se com este vídeo demonstrar não só uma técnica segura e eficaz para o tratamento desta patologia como um caso clínico interessante de tumor do cólon com invasão gástrica.

P 14

TAMIS NO TRATAMENTO DE TUMORES DO RETO: ESTUDO RETROSPECTIVO

Joana Miranda; Olga Oliveira; Luís Ferreira; Nuno Vilela; Lopes Jorge

Hospital de Santarém

Introdução: Durante muito tempo os tumores do reto necessitavam de uma abordagem agressiva para o seu tratamento, com alto risco de morbilidade e perda de qualidade de vida para o doente. Na tentativa de diminuir os riscos dessas cirurgias surgiram as ressecções locais por abordagem transanal em casos previamente seleccionados.

Material: Este trabalho avalia os resultados da cirurgia TAMIS em 18 doentes.

Resultados: Foram operados 18 doente, sendo as variáveis analisadas a distância da lesão a margem anal, o tamanho da lesão, a realização de neoadjuvância, o encerramento do defeito, as complicações operatórias, o diagnóstico histológico, o estadiamento TNM e as recidivas locais.

Conclusão: Em doentes com tumor do reto em estadiamento inicial a ressecção local por TAMIS é uma técnica eficaz e com baixa taxa de morbilidade associada. Sendo uma alternativa de escolha evitando cirurgias major.

P 15

NEAR MISS — AIN EM MUCOSECTOMIA DE LONGO

Nuno Oliveira; Miguel Morgado; Pedro Carvalho; Hugo Queimado; Luís Ramos; Francisco Rodrigues

Hospital Vila Franca de Xira

Introdução: A patologia hemorroidária sintomática tem uma incidência entre 4 e 5%. Atinge igualmente homens e mulheres, com pico máximo entre a quinta e sétima décadas de vida. A gravidez e período pós parto são fatores de risco para o aparecimento desta patologia.

A neoplasia anal intraepitelial (AIN) é frequentemente um precursor de carcinoma anal escamoso invasivo. É uma patologia multifocal e altamente associada ao HPV.

A incidência exata de AIN é desconhecida mas estima-se em cerca de 1%; cerca de 10% são diagnosticadas incidentalmente.

Caso clínico: Mulher, 34 anos de idade, foi referenciada a consulta de Cirurgia Colo-retal por patologia hemorroidária sintomática. Referia dor local recorrente e retorragias esporádicas. Ao exame objetivo foram identificadas hemorroidas internas, grau 2. Ao exame colonoscópico não foram identificadas outras lesões além dos pedículos hemorroidários. Foi proposto tratamento cirúrgico que a doente aceitou. Foi realizada mucosectomia e hemorroidopexia de Longo, sem intercorrências. A peça de mucosectomia foi enviada para exame histológico cujo resultado definitivo revelou a presença de lesão escamosa intraepitelial na transição ano-retal — AIN de alto grau.

Conclusão/Discussão: Este caso clínico demonstra a necessidade e obrigatoriedade do envio de todas as peças de mucosectomia para exame histológico, mesmo quando não se desconfia de neoplasia do reto. Relativamente à AIN, no que diz respeito ao tratamento é aceite desde vigilância apertada até cirurgia mais agressiva numa tentativa de excisão completa, mas há sempre a ter em conta que a recorrência é alta.

P 16

GIST DE JEJUNO — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDÓMEN AGUDO: RELATO DE CASO

Charlène Viana; Fernanda Nogueira; Sandra Martins; André Goulart; Pedro Leão; Mesquita Rodrigues

Hospital de Braga

Introdução: Os tumores do intestino delgado são raros, correspondendo a < 10% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal. Os mais frequentes são: adenocarcinoma, tumores neuroendócrinos, linfomas e os tumores do estroma gastrointestinal (GIST). Os GIST correspondem a < 1% de todos os tumores gastrointestinais. Podem surgir em qualquer parte do tubo digestivo sendo mais frequentes no estômago e intestino delgado. A maioria dos GIST são achados incidentais. Cursam, habitualmente, com sintomas inespecíficos, podendo ir desde dor abdominal difusa, até clínica de hemorragia digestiva, oclusão ou perfuração.

Relato de caso: Homem de 70 anos, com antecedentes de hipertensão e litíase renal à direita. Deslocou-se à Urgência por dor abdominal intensa e constante nos quadrantes superiores do abdómen associada a vômitos alimentares. Ao exame objetivo apresentava dor, distensão e timpanismo abdominais. Analiticamente apresentava subida dos parâmetros inflamatórios e em ecografia verificou-se um cálculo de 7mm no grupo calicial superior do rim direito, sem repercussão sobre o mesmo. Por manutenção das queixas realizou um TAC abdomino-pélvico que revelou presença de pneumoperitонеu com acumulação de bolhas gasosas no hipocôndrio e flanco esquerdos com uma área lobulada envolvendo uma ansa

jejunal, questionando a hipótese de neoplasia perfurada. Realizou-se uma laparotomia exploradora tendo-se verificado lesão exofítica de jejuno perfurada com peritonite bilio-entérica generalizada. Realizou-se enterectomia segmentar com anastomose ileo-ileal. A histologia revelou tratar-se de um GIST do jejuno.

Conclusão: A clínica inespecífica dos GIST atrasa muitas vezes o diagnóstico. Um alto nível de suspeição é fundamental para o diagnóstico precoce e instituição atempada do tratamento adequado.

P 17

ESTUDO COMPARATIVO ANATOMO-CLÍNICO-ECONÓMICO DA RESSECÇÃO COLO-RETAL \ MONOPOLAR VS ENERGIA ULTRASSÓNICA

Maria Sousa; André Goulart; Fernanda Nogueira; Sandra Martins; Mesquita Rodrigues; Pedro Leão

Hospital de Braga

Introdução: A cirurgia minimamente invasiva tem vindo a tomar um lugar de destaque na cirurgia colorectal. Associado a esta inversão de paradigma estão integrados dispositivos cirúrgicos facilitadores da cirurgia. Estes trazem elevação dos custos, tornando por vezes impraticável a utilização dos mesmos, como demonstrado em vários estudos. O objetivo deste estudo consiste em avaliar o impacto anatomo-clínico e económico dos doentes submetidos a cirurgia colorectal, tendo em conta o tipo de energia utilizado (monopolar e ultrasónica).

Material e métodos: foi realizado um estudo coorte, não randomizado, com uma amostra de 100 pacientes submetidos a ressecção do colon e reto, de etiologia benigna ou maligna, entre 2016-2017. Desta amostra, em 25 pacientes foi usado energia ultrasónica e em 75 pacientes foi usada apenas energia monopolar. Foram avaliados fatores clínicos (idade, IMC, ASA score), patológicos (localização tumoral, histologia, nº gânglios encontrados, nº gânglios positivos, qualidade de TME, tamanho tumoral, margens distais e circunferenciais, complicações intra e pós-operatórias, neoadjuvância pré-operatória, estadiamento pré e pós-operatório), cirúrgicos (tempo operatório, perdas hemáticas, uso de drenagem abdominal, aspirador e tipo de energia usada durante a cirurgia, tempo internamento), bem como os custos associados. Resultados: do estudo realizado verificou-se que o uso da energia ultrasónica acarreta maior custo total ($p = 0,000$) e maior tempo operatório ($p = 0,020$) em comparação com o uso de energia monopolar. Não existem diferenças na idade dos doentes, perdas hemáticas, tempo de internamento, número de gânglios isolados, margens cirúrgicas, tamanho da neoplasia, complicações intra e pós-operatórias, sexo, tratamento neoadjuvante, tratamento adjuvante.

Conclusões: O uso exclusivo de energia monopolar na ressecção coloretal revela resultados cirúrgicos e oncológicos igualmente satisfatórios, com um custo associado

significativamente inferior, assim como o tempo operatório, comparativamente ao uso da energia ultrassónica. Este estudo vai contra ao encontrado na literatura. São necessários mais estudos prospetivos, randomizados para avaliar os resultados obtidos.

P 18

METASTIZAÇÃO INCOMUM DO CARCINOMA COLO-RECTAL

João Guardado Correia; Daniel Jordão; Teresa Santos Silva
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra

A metastização do carcinoma colo-rectal é bastante previsível, ocorre inicialmente por disseminação linfática e posteriormente por via hematogénica. O padrão usual de metastização linfática segue a distribuição vascular do mesocólon. Os locais mais comuns de envolvimento secundário são os gânglios linfáticos locais (50-70%), o fígado (35-50%), o pulmão (21%), o peritoneu (15%) e os ovários (13.1%).

Apresentamos o caso de uma mulher de 58 anos de idade submetida a Hemicolecotomia direita com anexectomia direita por neoplasia do cego. O estudo anátomo-patológico demonstrou um adenocarcinoma pouco diferenciado do cego pT4bN0. No 1º mês pós-operatório, a doente notou a presença de um nódulo no flanco direito e na axila direita. Realizou Ecografia axilar que demonstrou várias formações ganglionares de carácter suspeito. Por alterações neurológicas realizou TC CE que demonstrou lesão ocupante de espaço frontal anterior esquerda, tendo sido submetida a exérese da mesma. O estudo histológico das lesões secundárias confirmou metastização do adenocarcinoma colo-rectal. A doente iniciou quimioterapia adjuvante verificando-se, no entanto, progressão da doença e agravamento da doença axilar com invasão da mama homolateral. O óbito ocorreu ao 8º mês pós-operatório por progressão da doença.

A metastização linfática axilar do carcinoma colo-rectal é extremamente rara, tendo sido descritos apenas 6 casos na literatura. A ocorrência de metástases nos gânglios linfáticos axilares pode ser consequência de disseminação linfática ou hematogénica. No entanto, nos casos sem metástases mamárias, a disseminação linfática é a mais provável. Embora a drenagem linfática do carcinoma colo-rectal seja feita através do ducto torácico, em doentes com invasão da parede abdominal a drenagem linfática abdominal superficial parece ser o mecanismo mais importante de metastização linfática axilar.

P 19

NÓDULO PENIANO E O CARCINOMA COLO-RECTAL

João Guardado Correia; Daniel Jordão; Teresa Santos Silva
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra

Apesar da vascularização abundante e extensa comunicação vascular com os órgãos vizinhos, a metastização de outros órgãos para o pénis é rara. Embora a maioria tenha origem em neoplasias genitourinárias, as neoplasias gastrointestinais, maioritariamente cólon e recto, são responsáveis por 21% dos casos de metastização peniana, estando descritos 101 casos. O mecanismo subjacente à metastização peniana é ainda pouco conhecido. Algumas hipóteses foram sugeridas incluindo a disseminação retrograda por via venosa ou linfática.

Relatamos o caso de um homem de 78 anos com antecedentes de adenocarcinoma do cólon sigmóide com metastização pulmonar múltipla síncrona (pT3pN1bM1), submetido a sigmoidectomia e quimioterapia adjuvante. Aos 15 meses de pós-operatório foi observada uma lesão de novo, friável, na glande e sulco balano-prepucial que foi submetida a biópsia excisional. O estudo anátomo-patológico foi compatível com metastização de adenocarcinoma primário da sigmoide. O doente recusou o reinício de quimioterapia tendo sido encaminhado para cuidados paliativos. A sobrevida foi de 17 meses, ocorrendo o óbito 2 meses após o diagnóstico de metastização peniana.

A metastização peniana está frequentemente associada a doença disseminada e acompanham-se de mau prognóstico. A sobrevida destes doentes é habitualmente inferior a 1 ano e o tratamento é geralmente paliativo.

P 20

ELECTROQUIMIOTERAPIA NA ABORDAGEM TERAPÉUTICA DO MELANOMA ANO-RECTAL

Joana Bártole; Vítor Farricha; Sara Carvalhal; Joana Castela; Susana Mão de Ferro; Nuno Abecasis

Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Introdução: O melanoma ano-rectal é uma patologia rara, habitualmente com um prognóstico reservado. A abordagem terapêutica tem-se alterado nos últimos anos, incidindo numa estratégia cirúrgica mais conservadora. A electroquimioterapia (EQT) é um tratamento local que consiste na administração de um citostático seguido de pulsos elétricos, permitindo aumentar a sua eficácia, com reduzidos efeitos adversos. Tem demonstrado eficácia no controlo local de tumores cutâneos e subcutâneos. Atualmente, tem sido proposta na abordagem de tumores gastrointestinais, com o desenvolvimento de novos dispositivos.

Caso clínico: Um homem de 71 anos, com um melanoma ano-rectal com extensão de 5 cm desde o canal anal, ocupando 1/3 do lúmen rectal, cT1N0M0.

Inicialmente foi submetido a EQT do canal anal, com

uma resposta parcial, persistindo uma lesão volumosa rectal. Foi proposto para amputação abdominoperineal, que recusou. Optou-se por nova sessão de EQT da lesão rectal utilizando o dispositivo EndoVE (Mirai — Cork Cancer Research Center), aplicado a um colonoscópio standard. O tratamento foi bem tolerado, apresentando dor no pós-operatório. Foi avaliado após 6 semanas tendo-se verificado uma resposta parcial, persistindo 2 focos inferiores a 1 cm, pelo que foi novamente proposto para EQT. No entanto, o doente faleceu de morte súbita de etiologia desconhecida.

Discussão/Conclusão: O melanoma ano-rectal é uma patologia raro cuja abordagem terapêutica tem sido alterada. A EQT tem demonstrado eficácia no tratamento de tumores cutâneos, nomeadamente no melanoma, e, recentemente, tem sido proposta para tratamento de tumor gastrointestinais. Este caso clínico demonstra a eficácia desta terapêutica, associada a reduzidos efeitos adversos.

P 21

HAL-RAR PARA TRATAMENTO DE DOENÇA HEMORROIDÁRIA: RESULTADOS

Olga Oliveira; Nuno Vilela; Luís Ferreira; Joana Miranda
Hospital Distrital de Santarém

Objetivo: O objectivo deste estudo é apresentar a segurança e eficácia da técnica HAL-RAR (*Haemorrhoidal Arterial Ligation — Recto-anal Repair*) para o tratamento da doença hemorroidária.

Métodos: Revimos 85 doentes submetidos a HAL-RAR, operados apenas por um cirurgião, de modo a evitar vieses. Avaliamos a taxa de recorrência, nível de dor pós-operatória e o grau de satisfação dos doentes.

Resultados: A média de *follow-up* é de 26 meses. 86% destes doentes referiram estar completamente satisfeitos com os resultados da cirurgia. apenas 3% destes doentes apresentaram recorrência da sua doença hemorroidária.

Conclusão: A técnica é segura e com muito bons resultados. Na era da cirurgia minimamente invasiva, pensamos que o HAL-RAR é uma óptima opção para o tratamento da doença hemorroidária.

P 22

A PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADOR DE PROGNÓSTICO NA COLITE ISQUÉMICA

Flávio Pereira; Richard Azevedo; Helena Ribeiro; João Pinto; Cátia Leitão; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Bahudo

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A colite isquémica (CI) possui um amplo espectro de apresentação e de prognóstico, estando associada a elevada morbi-mortalidade nos casos de maior severidade. Torna-se então importante a estratificação do risco de cada doente.

Objetivos: Avaliar a existência de relação entre a proteína C-reativa (PCR) e a classificação de gravidade da CI desenvolvida pela *American College of Gastroenterology* (ACG-2015), bem como entre a PCR e a mortalidade a 90, 180 e 365 dias.

Material e métodos: Estudo retrospectivo entre janeiro/2012 e dezembro/2016 dos doentes internados por CI. O valor de PCR foi colhido à entrada. Estratificação dos doentes segundo a classificação de gravidade da ACG. Avaliação estatística com recurso a SPSS.

Resultados: Incluídos 116 doentes (65,5% homens; idade média de 77,2anos). 6,9% apresentava doença ligeira, 55,2% moderada e 37,9% grave. A mortalidade foi de 17,2% a 30 dias, 20,7% a 90 dias e 28,5% a 365dias. O valor de PCR foi estatisticamente mais elevado na doença mais grave segundo a classificação da ACG (30 vs 42 vs 128 mg/L; $p < 0,001$). Verificou-se também uma associação estatisticamente significativa entre a elevação da PCR e a mortalidade a 30 dias (59 vs 161mg/L; $p < 0,001$), 90 dias (59 vs 135mg/L; $p < 0,001$) e 365 dias (60 vs 135 mg/L; $p < 0,001$).

Discussão: A PCR é um parâmetro de fase aguda que se eleva em contexto de inflamação/infeção. Na nossa amostra, valores mais elevados de PCR estavam associados a doença mais grave e a maior mortalidade, pelo que pode constituir uma ferramenta útil para decidir a abordagem precoce do doente.

P 23

TERAPÉUTICA ENDOLUMINAL DE VÁCUO — RELATO DE UMA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA

M. Cunha; J. Roseira; HT Sousa; J. Rachadell; E. Amorim
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Portimão

A deiscência da anastomose é uma das complicações mais temidas na cirurgia colo-rectal, resultando num aumento da morbilidade e mortalidade. A terapêutica de vácuo endoluminal é uma alternativa minimamente invasiva para correção de locais de deiscência sem complicações sépticas associadas.

Os autores apresentam caso/iconografia de mulher, 77 anos, submetida a ressecção anterior do reto com anastomose colo-anal manual e ileostomia derivativa por neoplasia do recto baixo (pT2pN0pM0; R0; estadio I AJCC). De referir, dor anal, retorragias ocasionais e tenesmo, posteriormente.

Diferidamente, revisão endoscópica da anastomose identificou local cega proximal (2x2,8cm) com fundo friável e necrótico, correspondente a local de deiscência, adjacente ao lúmen intestinal. Doente proposta para terapia endoluminal de vácuo (Endo-sponge®, B|Braun) que cumpriu durante 4 ciclos (2 vezes/semana; 2 semanas): Medição endoscópica das dimensões da local; inserção do *overtube* sobre o endoscópio até ao limite proximal da local e retirada do endoscópio; recorte da *endo-sponge*

(*open-pore polyurethano sponge*) de acordo com as dimensões medidas, lubrificação com Askina® Gel e sua inserção pelo overtube com aplicador; retirada do overtube e verificação endoscópica da localização da esponja na loca; conexão do sistema de vácuo e drenagem (Redyrob® Trans Plus).

Durante o programa de tratamento observou-se redução gradual das dimensões da loca de deiscência (2,8--»1,1cm) e epitelização final completa.

As locas de deiscência limitam a possibilidade de restabelecimento do trânsito intestinal. Os autores salientam a rapidez e custo da terapêutica de vácuo endoluminal (redução grosseira de 81,03% custo associado) comparativamente à correção cirúrgica alternativa.

P 24

QUAIS OS FACTORES QUE PREDISPÕEM À PRESENÇA DE LOW ANTERIOR RESECTION SINDROME?

Olga Oliveira; Nuno Vilela; Luís Ferreira; Joana Miranda; Aldo Jarimba; Sónia Martins; Marina Gomes

Hospital Distrital de Santarém

Objetivo: O objetivo deste estudo é de avaliar quais os factores relacionados com o síndrome de ressecção anterior Baixa – *Low anterior resection syndrome* (LARS).

Método: Um questionário foi enviado a todos os doentes que foram submetidos a ressecção anterior baixa do recto desde janeiro de 2010 até maio de 2016. Excluímos todos os doentes a quem foi realizada ostomia. Enviamos 89 questionários. Recebemos 45 respostas.

Resultados: A média de *follow-up* é de 44 meses. O único factor estatisticamente significativo relacionado com a presença de LARS é a terapia neoadjuvante. A altura do tumor é relacionada com a presença de LARS, em razão inversamente proporcional, mas sem significância estatística.

Na nossa amostra, o LARS não está relacionado com idade, sexo, integridade do mesorecto e via de abordagem cirúrgica (laparotomia versus laparoscopia).

Conclusão: No nosso estudo, o único factor relacionado com LARS de maneira estatisticamente significativa é a terapia neoadjuvante. Pensamos que mais estudos serão necessários para perceber e prevenir este síndrome.

P 25

UTILIDADE DA DEFECOGRAFIA NA AVALIAÇÃO DE DOENTES COM SUSPEITA DE PROLAPSO RECTAL

Miguel José Mascarenhas Saraiva Jr.; Miguel Mascarenhas Saraiva
Manoph

Introdução: A defecografia pode ser utilizada na avaliação das disfunções anorretais permitindo o estudo da cinética defecatória e a deteção de alterações da estática rectal. A defecografia por RMN constitui a principal alternativa à defecografia convencional, desafiando o papel desta técnica no *work-up* diagnóstico em proctologia.

A avaliação de doentes com suspeita de prolapso retal é uma das indicações mais frequentes para a realização desta técnica, especialmente no seguimento de um exame objetivo não esclarecedor.

Objetivos: Avaliação dos resultados da defecografia efectuada em doentes com suspeita clínica de prolapso com o esforço defecatório.

Material e métodos: Revisão retrospectiva de 110 defecografias efetuadas para estudo de queixas de prolapso defecatório.

110 pacientes com intervalo de idades entre 16 e 83 anos, com uma média de idades 51.13, sendo 71.3% do sexo feminino e 28.7% do sexo masculino.

Resultados: Não foi detetado qualquer tipo de prolapso em 22.9% dos pacientes.

Foi detetado prolapso rectal em 34.5% dos pacientes (completo em 28.4%; parede anterior 1.8%; recto distal 4.6%). 8.26% dos pacientes apresentaram prolapso rectal oculto. Em 33.6% foi detectado prolapso hemorroidário (segundo grau em 3.6% e de terceiro grau em 30%). Nos casos de prolapso rectal completo foi efectuada defeco-RMN complementar, não tendo este exame objetivado o prolapso em 40% dos casos.

Conclusões: A defecografia afirmou-se uma ferramenta útil no diagnóstico e caracterização da suspeita de prolapso defecatório, mostrando uma sensibilidade superior nos casos de prolapso rectal completo em relação à defeco-RMN.

P 26

TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA NA HEMORRAGIA DIVERTICULAR DO CÓLON — UM CASO DE SUCESSO

Flávio Pereira; Richard Azevedo; Cátia Leitão; Helena Ribeiro; João Pinto; Ana Caldeira; José Tristan; Eduardo Pereira; Rui Sousa; António Banhudo

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Caso Clínico: Mulher, 94 anos, com história de hipertensão arterial essencial, medicada com ramipril + hidroclorotiazida, recorreu ao serviço de urgência por quadro de hematoquézias com dois dias de evolução. Ao exame físico, apresentava-se hemodinamicamente estável, com marcada palidez cutânea e desconforto abdominal à palpação da fossa ilíaca esquerda. O toque rectal revelou dedo de luva com fezes acastanhadas misturadas com sangue. A avaliação analítica confirmou uma anemia normocítica normocrômica com ferropenia (Hg 7,4 g/dL, Ferro sérico 36 ug/dL, ferritina 18 ng/mL). A doente foi submetida a colonoscopia esquerda com progressão até ao ângulo esplénico com presença de fezes acastanhadas a montante; no cólon sigmóide foram identificados múltiplos óstios diverticulares, com vestígios hemáticos aderentes à mucosa. Após lavagem vigorosa, identificou-se num óstio diverticular um vaso visível com coágulo aderente que se destacou; procedeu-se a injeção de adrenalina e aplicação posterior de um endoclip hemostático

no vaso visível, sem intercorrências. A doente teve uma evolução clínica favorável sem recidiva hemorrágica ao final de três meses, e com melhoria da anemia.

Discussão: A hemorragia diverticular é a causa mais comum de hemorragia digestiva baixa, contudo em apenas 15% dos casos se identifica o local de hemorragia. Existem descritas várias técnicas endoscópicas hemostáticas, embora nenhuma tenha primazia. A aplicação de endoclip com injeção prévia de adrenalina constitui uma técnica eficaz e segura, associada a baixo risco de recidiva. Os autores apresentam um caso clínico de sucesso endoscópico no tratamento da hemorragia diverticular do cólon através de injeção de adrenalina e aplicação de endoclip hemostático num vaso visível.

P 27

PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO JEJUNAL POR ESPINHA DE BACALHAU

Soares, A.; Mega, M.; Usurelu, S.; Rainho, R.; Gomes, J.; Valencia, L.; Gouveia, A.

Serviço de Cirurgia Geral - Hospital Amato Lusitano

Diverticulose do intestino delgado é uma entidade relativamente rara.

Embora maioritariamente assintomática, a sua apresentação clínica pode ser ampla, desde síndromes de má-absorção, obstrução, diverticulite, hemorragia ou perfuração, pelo que o diagnóstico exige um elevado nível de suspeição.

Os divertículos jejuno-ileais (18% a 25% dos casos) são mais frequentes no jejuno e maioritariamente múltiplos podendo ser sintomáticos em até 10%. O tratamento dos divertículos sintomáticos consiste em ressecção intestinal.

Descreve-se o caso de uma mulher de 69 anos, com antecedentes de apendicectomia, histerectomia e anexectomia bilateral, que recorreu ao serviço de Urgência por dor abdominal aguda no epigastro e flanco direito, com 12h de evolução, febre, náuseas e vômitos.

A TC abdomino-pélvica revelou pequeno pneumoperitomeu no quadrante superior esquerdo, múltiplos divertículos intestinais não complicados e ausência de líquido livre. Analiticamente evidenciava leucocitose com neutrofilia.

Perante a suspeita de perfuração de víscera oca foi submetida a laparoscopia exploradora observando-se múltiplos divertículos do intestino delgado. A 20 cm do ângulo de Treitz, verificou-se divertículo perfurado com pequeno abcesso e fibrina circundante. O segmento intestinal afectado foi exteriorizado, através de laparotomia de 4 cm, para ressecção segmentar e anastomose manual jejuno-jejunal termino-terminal em dois planos. Examinando a peça cirúrgica identificou-se uma espinha de bacalhau como causa de perfuração do divertículo.

A diverticulose do intestino delgado assintomática pode resolver com uma abordagem conservadora enquanto

que casos sintomáticos e/ou complicados requerem tratamento cirúrgico. Embora relativamente rara, esta entidade representa uma causa de dor abdominal para a qual o cirurgião deve estar alerta.

P 28

HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA

— O PESO DA TERAPÊUTICA ANTI-TROMBÓTICA

Cláudia Macedo; Mário Bento Miranda; Margarida Ferreira; Dário Gomes; Luís Tomé

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A hemorragia digestiva aguda (HDA) é uma situação clínica grave que acarreta custos elevados na saúde. É expectável que qualquer tratamento com fármacos anti-trombóticos aumente o seu risco, sendo que o seu uso tem vindo a aumentar em consonância com os factores de risco cardiovasculares.

Objectivos: Analisar a casuística da HDA no serviço e definir a contribuição da medicação anti-trombótica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que analisou o total de internamentos no serviço de Gastroenterologia de um hospital terciário por HDA no ano de 2016.

Resultados: Registados 316 internamentos por HDA referentes a um total de 72 doentes (69,4% sexo masculino e 30,6% sexo feminino) com idade média de $77,2 \pm 12,9$ anos. Duração média do internamento $6,7 \pm 4,1$ dias. Em 44% dos doentes a origem da HDA era o cólon. Em 178 (56,3%) dos internamentos os doentes estavam medicados com anti-trombóticos (59,6% com anti-agregantes plaquetários e 40,4% com anti-coagulantes). Relativamente aos anti-coagulantes, 48,6% estava sob varfarina. A fibrilação auricular foi a indicação mais comum para anti-coagulação (79,2%). Verificada a existência de alterações significativas da coagulação numa percentagem considerável dos doentes (INP ≥ 3 em 22,2% dos doentes; protrombinémia $\leq 50\%$ em 63,8% dos doentes). Na avaliação endoscópica, 52,8% dos doentes não apresentava achados que justificassem a HDA. A taxa de recorrência de internamento por HDA foi de 27,8%.

Discussão/Conclusões: Os dados obtidos evidenciam a necessidade de rever cuidadosamente a terapêutica anti-trombótica de forma multidisciplinar após internamento por HDA com ponderação de outras opções terapêuticas em casos específicos.

P 29

OCCLUSÃO INTESTINAL — ETIOLOGIA RARA

Isabel Marques; Mário Reis; Alexandra Babo; Sónia Ribas

Hospital de Braga

O divertículo gigante é uma complicação rara de diverticulose e define-se com tendo ≥ 4 cm de diâmetro. Cerca de 90% localizam-se no cólon sigmóide. Os sintomas mais comumente relatados são dor abdominal, distensão, vômitos, oclusão intestinal. Esta condição tem

indicação para ressecção cirúrgica. McNutt descreve uma classificação para divertículos gigantes: Tipo 1 pseudo-divertículo (22% dos casos); Tipo 2 divertículo inflamatório resultante de perfuração da mucosa criando uma cavidade em comunicação com o lúmen (66%) e Tipo 3 divertículo verdadeiro, mais provavelmente congénito (12%).

No presente caso, um doente de 80 anos, recorreu ao serviço de Urgência por dor epigástrica/periumbilical com 3 dias de evolução, associada a febre e paragem de emissão de gases. Apresentava tumefacção palpável no epigastro, dolorosa, não móvel, com ruídos hidroaéreos escassos, timbre metálico. Analiticamente com subida de parâmetros inflamatórios e TC compatível com oclusão em ansa fechada do delgado. Foi submetido a laparotomia, encontrando-se um divertículo, no bordo antimesentérico do cólon sigmóide, com 11 cm de diâmetro, erosionado na base, rodeada por garrote de grande epiplon, associado a diverticulose extensa do cólon esquerdo. Procedeu-se a diverticulotomia. No pós-operatório apresentou evolução favorável, sem complicações.

A Histologia revelou divertículo com parede cólica ulcerada e infiltrado inflamatório transmural envolvendo a serosa. Neste caso, apesar da idade avançada e ausência de sintomas prévios documentados, classifica-se como divertículo gigante Tipo 3, provavelmente congénito. Seguido em consulta externa mantém-se assintomático.

P 30

UM ACHADO CURIOSO: LINFANGIOMA DO CÓLON TRANSVERSO.

Nogueira, Filipa; Brito, Miguel; Malaquias, João; Aldeia, Fernando; Coutinho, João

Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: O linfangioma do cólon é uma entidade pouco comum, correspondendo a um tumor benigno derivado da malformação congénita com expansão de vasos linfáticos, rodeados de células endoteliais benignas. Geralmente assintomático, tornou-se mais frequentemente diagnosticado após a colonoscopia se afirmar como método complementar de diagnóstico acessível.

Caso clínico: Apresentamos um doente de 34 anos, sexo masculino, que por historial familiar de cancro colo-rectal, realizou colonoscopia de rastreio em Junho de 2016. Constatou-se lesão quística do cólon transverso distal, que foi aspirada. A citologia aspirativa revelou "fragmentos de mucosa do intestino com alterações inflamatórias crónicas e inespecíficas ligeiras (...) sem displasia ou tecido de neoplasia invasiva". Dada a ausência de sintomas e aparente benignidade da lesão, optou-se por estratégia de vigilância, repetindo a colonoscopia em janeiro 2017, com discreto aumento dimensional da lesão e realização de tatuagem endoscópica da mesma. Posteriormente, foi submetido a ressecção segmentar de cólon transverso, via laparoscópica, com evolução positiva e alta no 2º dia

de pós-operatório. Após três semanas, obteve-se o resultado histo-patológico, descrevendo "lesão quística de conteúdo leitoso, compatível com linfangioma".

Conclusão: Apesar do seu aspecto macroscópico e conteúdo leitoso característicos, o diagnóstico definitivo de linfangioma do cólon é apenas possível através da histo-patologia do mesmo. Pode-se optar por uma estratégia conservadora com controlo endoscópico da lesão, ou até realizar a ressecção endoscópica da mesma. Neste caso, considerou-se a ressecção via laparoscópica a abordagem mais segura e eficaz, assegurando a ressecção completa da lesão e a recuperação rápida do doente.

P 31

GIST E ADENOCARCINOMA DO RECTO, UMA COEXISTÊNCIA RARA

Martins Jordão, D; Correia, J; Santos Pereira, J; Ferrão, H.

IPO Coimbra

Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são neoplasia mesenquimatosas, que representam 0,1-0,3% de todas as neoplasias gastro-intestinais, sendo o estômago o órgão mais frequentemente afectado. Os GIST do recto constituem apenas 5%. A coexistência destes tumores com outras neoplasias rectais é ainda mais rara.

Descrevemos o caso clínico de um doente de sexo masculino, 69 anos, com rectorragias e alterações do trânsito intestinal. Realizou colonoscopia que revelou adenocarcinoma estenosante aos 10 cm da margem anal. Estadiamento com nódulo pulmonar suspeito em TC e RMN que estadiou o tumor em cT4aN1. Foi proposto em reunião de decisão terapêutica para QT de indução e RT esquema curto a título neoadjuvante, seguido de RAR.

AP: Adenocarcinoma do recto T2N0 (18 gânglios), grau de regressão tumoral 1 de ryan modificado. 1 cm acima do adenocarcinoma descrito apresenta tumor do estroma gastrointestinal T1N0

Doente actualmente a cumprir QT adjuvante, sem evidência de recidiva.

A apresentação síncrona de GIST rectal e adenocarcinoma do recto é extremamente rara, com poucos casos descritos na literatura, sendo que, no caso descrito, o GIST foi um achado incidental no decurso do tratamento do adenocarcinoma. O tratamento dos GIST consiste na ressecção R0 se possível, sendo que a terapêutica adjuvante se encontra reservada para os casos de alto risco

P 32

CARCINOMA DE CÉLULAS EM ANEL DE SINETE DO CÓLON

Mafalda Sousa; Sónia Fernandes; Luísa Proença; Jaime Rodrigues; João Silva; João Carvalho

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Doente de 72 anos, sexo masculino, sem antecedentes de relevo foi referenciado para realização de colonoscopia de rastreio de cancro coloretal onde se observou uma lesão aos 80cm, ulcerada com bordos lisos e regulares, praticamente circunferencial que condicionava estenose luminal intraspônível pelo colonoscópio. A histologia revelou adenocarcinoma de células em anel de sinete. Realizou endoscopia que não tinha alterações e TAC toracoabdominopélvico que revelou apenas espessamento parietal concêntrico do cólon transverso sem critérios de metastização. Foi proposto para cirurgia onde se constatou uma neoplasia volumosa do cólon transverso médio com invasão da face lateral esquerda da grande curvatura a nível do antro gástrico, tendo por isso realizado hemicolectomia direita alargada e gastrectomia atípica, que decorreu sem intercorrências.

O carcinoma de células em anel de sinete primário do cólon é raro, contribuindo para menos de 1% dos carcinomas do cólon. Como os sintomas normalmente ocorrem tardiamente no curso da doença, a maioria das vezes é diagnosticado num estadio avançado, tendo por isso mau prognóstico.

Os autores apresentam um caso de um diagnóstico num doente assintomático, por colonoscopia de rastreio, verificando-se mesmo assim uma neoplasia avançada (T4b).

P 33

NEOPLASIA DO COLON EM ESTADIO INICIAL NO DOENTE GERIÁTRICO — JUSTIFICA OPERAR?

Cátia Felício; Miguel Brito; Filipa Nogueira; Teresa Pereira; João Malaquias; Fernando Aldeia; João Coutinho

CHLN - Hospital de Santa Maria - Departamento de Cirurgia Geral

Introdução: Numa sociedade cada vez mais envelhecida assistimos ao aumento da prevalência de neoplasia do cólon, sendo que estudos prévios sugerem que a idade tem impacto no prognóstico desta patologia.

Objetivos: No grupo de doentes com neoplasia do cólon estadio IIa analisámos, retrospectivamente, o valor prognóstico da idade.

Material e métodos: Todos os doentes, admitidos na nossa unidade entre janeiro 2012 e agosto 2016, que realizaram apenas cirurgia para neoplasia do cólon estadio IIa foram incluídos e divididos em novos (N), velhos (V) e muito velhos (MV) de acordo com a idade à data da cirurgia (N quando idade \leq 70anos; V quando idade entre 70 e 85anos e MV \geq 85anos). Os outcomes primários foram a sobrevida global (SG) aos 5 anos e o intervalo livre de doença (ILD) usando as curvas Kaplan-Meier com testes Log-rank.

Resultados: 162 doentes foram analisados, 59,9% homens, idade média de 74 ± 11 anos e cirurgia electiva em 86,4% dos casos.

O ILD foi similar independentemente da idade (ILD-5anos foi 84,2%vs87,9%vs46,2%, p0,999).

A SG foi significativamente menor com o aumento da idade (SG-5anos foi 96%vs55%vs23%, p0,000).

Discussão/Conclusões: Na nossa população de estudo a idade não influenciou o ILD, contudo tal como em estudos prévios, o aumento da idade implicou diminuição da SG.

A idade per se não deve constituir um fator limitante da abordagem terapêutica personalizada neste grupo de doentes.

P 34

GRACILOPLASTIA DINÂMICA: BOA OPÇÃO NA INCONTINÊNCIA FECAL SEVERA

Maria J Koch; Julio S Leite; Antonio Manso; Manuel Rosete

Serviço de Cirurgia A CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Objetivo: Avaliar os resultados da graciloplastia dinâmica nos doentes com grave destruição do esfíncter anal ou anomalias ano-rectais congénitas.

Métodos: Entre 1999 e 2016 foram efetuadas 20 graciloplastias dinâmicas, 10 sexo feminino e idade média 44 anos (16-72a). Em 14 por lesão do esfíncter e em 6 por atresia anal. Antes e após o *follow-up* médio de 52 meses (12-96 m) os doentes foram avaliados através do número de episódios de incontinência por semana e do score de Wexner. Considerou-se falência da graciloplastia se o doente necessitar de colostomia, se deixar de existir estimulação ou persistirem sintomas com rebate na qualidade de vida.

Resultados: Em 3 doentes houve infecção da ferida perineal e 4 tiveram parestesias na perna. Não houve reintervenções e persistiu a estimulação nervosa em todos os doentes. Houve melhoria nos resultados do número de episódios incontinência/semana e no score de Wexner após a graciloplastia, respetivamente, de 5 (entre 3 e 8) para 1,6 (entre 0 e 4), $P < 0,05$, e de 17 (entre 14 e 20) para 8 (entre 6 e 13), $P < 0,05$. Seis doentes (30%) mantiveram obstrução defecatória a necessitar de clisteres periódicos e 5 preferem desligar o pacemaker. Considerou-se existir falência da graciloplastia em 3 doentes (15%) por apresentarem sintomas com impacto significativo na qualidade de vida.

Conclusão: Os resultados deste estudo sugerem que a graciloplastia dinâmica deve considerar-se uma alternativa válida no tratamento da incontinência fecal severa por lesão esfíncterica grave ou devida a anomalia ano-rectal congénita

P 35

IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DA PATOLOGIA DO TUBO DIGESTIVO

Daniela Costa; Suzana Kuenzel

Centro Hospitalar Universitário Algarve - Unidade Portimão

Introdução: Temos assistido a um aumento de 3% ao ano, da incidência da patologia oncológica. No CHUA-Portimão, em 2016, registaram-se 151 novos casos de neoplasias do tubo digestivo. A Equipa Multidisciplinar, sabendo do impacto na vida dos Utentes/Famílias e no SNS, sentiu a necessidade de se reestruturar no sentido de se capacitar para uma resposta global às necessidades. Levando à criação da Consulta, com objetivo de contribuir para aumentar a qualidade de vida. Na perspetiva do CUIDAR, o Enfermeiro assume, a centralidade do atendimento, uma vez que, de acordo com a abrangência da sua intervenção, se afigura como o mais capacitado para a monitorização dos cuidados de saúde e para a assunção da função de elo de ligação entre o Utente/Família e da Equipa. Durante a criação/implementação o maior obstáculo foi a escassez dos recursos humanos.

Objetivos: Dar a conhecer a Consulta.

Material e métodos: Realiza-se às 1^a consultas e antes da consulta médica. O Enfermeiro estabelece o primeiro contacto direto e inicia o desenvolvimento de uma relação empática. Efetua colheita de dados para elaborar um plano de cuidados adequado. Para minimizar a ansiedade do Utente/Família, é informado sobre o circuito do seu processo terapêutico/intervenientes/responsabilidades. Proporcionado espaço para dúvidas/esclarecimentos. Fornecido contato telefónico/email específicos. Os registos são efetuados no SClínico.

Resultados: 48 consultas/4meses.

Discussão/Conclusão: Neste curto tempo constatamos que a consulta representa uma mais-valia no processo terapêutico do Utente/Família, uma vez que permite diminuir níveis de ansiedade, contribuído para uma recuperação favorável/qualidade de vida. Permite afirmar a imprescindível intervenção de Enfermagem na saúde das populações.

P 36

EXENTERAÇÃO PÉLVICA TOTAL NO TRATAMENTO DE RECIDIVA DE CARCINOMA PAVIMENTOCELULAR DO CANAL ANAL PÓS QUIMIORTADIOTERAPIA

— CASO CLÍNICO

Mariana Sousa; Rita Barroca; Luís Manoel; Manuel Limbert; Nuno Abecasis

Unidade de Digestivo Baixo - Cirurgia Geral Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: O tratamento standard do carcinoma pavimento celular (CPC) do canal anal é a quimiorradioterapia (QRT) definitiva, sendo a cirurgia uma terapêutica de resgate face à persistência ou recidiva de doença pós QRT.

A estratégia cirúrgica de ressecção multivisceral no tratamento do cancro do canal anal implica a ressecção da neoplasia bem como órgãos adjacentes invadidos, podendo dividir-se em total ou modificada (posterior ou anterior). Esta estratégia é utilizada numa abordagem multimodal, na maioria dos casos associada a esquema de QRT neoadjuvante.

A exenteração pélvica total implica a ressecção do reto, ânus, bexiga, útero, ovários e vagina. Esta estratégia associa-se a grande morbidade (26-61%) e reoperação (20-30%) mas permite melhor controlo local da doença e aumento da sobrevivência global aos 5 anos (43-66% vs 1-8% de doentes com recidiva) sem aumento da mortalidade.

Objetivos: Identificar o papel da exenteração pélvica no tratamento da recidiva de CPC do canal anal pós QRT através de descrição de caso clínico e revisão da literatura.

Material e métodos: Consulta de processo clínico e revisão da literatura através de consulta do PubMed.

Resultados: Mulher de 61 anos sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, com queixas de massa palpável no canal anal associada a proctalgia e perda ponderal com 2 meses de evolução. Fez retoscopia rígida que mostrou massa pétrea no canal anal, anterior, com 3 cm de extensão, fixa e ulcerada cujas biópsias revelaram CPC moderadamente diferenciado. A RMN pélvica de estadiamento revelou tumor do canal anal com 3 cm de extensão, infiltrando o complexo esfíncterico e vagina, sem fistula. A TC TAP de estadiamento não revelou doença ganglionar local ou à distância pelo que realizou QRT com resposta completa clínica e imagiológica.

Aos 16 meses pós QRT, o exame proctológico mostrou recidiva, com lesão ulcerada. A RMN pélvica revelou presença de neoformação assimétrica na face antero-lateral direita da vagina, sem adenopatias associadas. A biópsia foi positiva para recidiva de CPC pelo que foi submetida a ressecção abdominoperineal (RAP) com ressecção da parede posterior da vagina. O exame anatomopatológico revelou CPC ypT4 com infiltração neoplásica nas margens vaginal e uretral bem como laceração do mesorrecto. Após a intervenção ficou em vigilância sem evidência de recidiva até aos 11 meses pós RAP. Na consulta de vigilância seguinte apresentava estenose do intróito vaginal restante e a biópsia foi novamente positiva para CPC. Foi submetida a excisão de recidiva do ramo-isquiopúbico direito, histerectomia, anexectomia bilateral, cistectomia total, ureteroileocutaneostomia de Bricker e plastia pélvica com prótese de PTFE via abdominal e prótese de polipropileno via perineal em colaboração com a Urologia e Cirurgia Plástica e Reconstructiva (CPR). Exame anatomopatológico relevou margens sem tecido de neoplasia.

Internamento foi prolongado (27 dias) pelo desenvolvimento de ileus com necessidade de nutrição parentérica

durante 10 dias, infecção da ferida perineal (10 dias de antibioterapia com piperacilina-tazobactam), infecção do trato urinário (5 dias de cotrimoxazol) e diminuição de força muscular do membro inferior direito (recuperação parcial após início de reabilitação motora), todas estas complicações com índice de Clavien-Dindo inferior a 3. Doente mantém vigilância com último *follow-up* 7 meses após exenteração pélvica total sem evidência de recidiva.

Discussão/Conclusões: A exenteração pélvica total é um procedimento cirúrgico de elevada complexidade e morbidade, mas que permite a realização de excisão tumoral em bloco mantendo margens cirúrgicas livres de doença. É uma opção de resgate em doentes com CPC refratário ou recidiva após QRT neoadjuvante ou definitiva. A colaboração de outras especialidades (Urologia e CPR) permite o restabelecimento do normal funcionamento do sistema génito-urinário bem como a integridade e estabilidade do períneo após resseção multivisceral pélvica.

P 37

ELECTROQUIMIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DO CÓLON EM COLOSTOMIA

Mariana Sousa; Rodrigo Oom; Sara Carvalhal; Cláudia Neves; Vítor Farricha; Hugo Vasques; Nuno Abecasis

Unidade de Outros Tumores Sólidos - Cirurgia Geral Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: O fenómeno de metástase de adenocarcinoma em colostomia é raro, estão 12 casos descritos na literatura com manifestações e intervalo de tempo até à sua apresentação variáveis. Vários mecanismos de metastização estão implicados nesta entidade (local, linfática, venosa) bem como diferentes etiologias: 1) sequência adenoma – carcinoma; 2) ação de ácidos biliares; 3) trauma persistente do material de colostomia/fezes.

As guidelines internacionais apresentam como opções terapêuticas nestes casos a excisão alargada da metástase, radio ou quimioterapia, contudo a electroquimioterapia (EQT) já foi aplicada em casos similares com sucesso.

A EQT é uma terapia minimamente invasiva disponível na nossa Instituição desde 2008 já amplamente utilizada em metástases cutâneas e subcutâneas de vários tipos histológicos para palição e controlo local da doença. Esta técnica é realizada sob anestesia geral em regime de ambulatório. A sua aplicação em tumores peristoma é ainda investigacional mas com potencial terapêutico.

Objetivos: Apresentação da EQT como opção no controlo local de metástase em colostomia através da descrição de caso clínico e breve revisão da literatura.

Material e métodos: Consulta de processo clínico e revisão da literatura através de consulta do PubMed

Resultados: Homem, 48 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes e história de familiar em primeiro grau com cancro colorretal antes dos 50 anos. Referenciado à

instituição por quadro de hematoquezias desde há 6 meses sem outra sintomatologia. Realizou colonoscopia que revelou neoplasia inultrapassável no cólon sigmóide.

Antes de concluir o estadiamento desenvolveu quadro de oclusão intestinal tendo sido submetido a colostomia derivativa de urgência sem intercorrências de relevo.

A tomografia computrizada toraco-abdomin-pélvica de estadiamento mostrou a lesão estenosante do cólon sigmóide associada a implante mesentérico e metastização hepática difusa considerada irressecável. Foi proposto para quimioterapia (QT) paliativa com FOLFOX, apresentou progressão de doença sob este esquema e alterada a QT para FOLFIRI.

Em consulta de estomaterapia, 5 meses após a cirurgia de derivação, apresentava nódulo no bordo superior da colostomia com 2 cm, doloroso, sem hemorragia, não comprometendo o seu funcionamento mas dificultando a aplicação da placa do estoma. A citologia do nódulo foi positiva para células de adenocarcinoma.

Após discussão do caso clínico em reunião multidisciplinar foi decidida realização de EQT. O tratamento de EQT consistiu em 4 administrações de electroporação com elétrodo hexagonal concomitantes com a administração de bleomicina endovenosa (15000 UI/m²). O procedimento decorreu sem intercorrências.

A avaliação às 4 e 8 semanas pós EQT revelou diminuição e desaparecimento da lesão, mas por recidiva foi realizado novo ciclo de EQT 6 meses após a EQT inicial. A avaliação às 4 semanas após a segunda sessão de EQT revelou diminuição franca da lesão bem como do quadro algico, apresentando pequena deiscência muco-cutânea do bordo superior, sem estenose associada e sem necessidade de qualquer intervenção.

Reavaliação às 8 semanas sem evidência de doença no estoma. Último *follow-up* 10 meses após início de EQT com doença metastática em progressão sob capcitabina, sem sintomas de hemorragia, dor, obstrução ou evidência de lesão de novo.

Discussão/Conclusões: Apesar da utilização de EQT nestes casos estar apenas descrita em estudos investigacionais é uma opção válida e minimamente invasiva com bons resultados permitindo o controlo local da doença (dor, hemorragia, oclusão da colostomia) com morbidade mínima associada, evitando a cirurgia de resseção.

P 38

UM CASO ATÍPICO DE ESTENOSE RECTAL

Rocha M; Santos S; Simões G; Esteves J; Marques D.

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Santo António dos Capuchos

Doente de 61 anos, sexo feminino, natural da Ucrânia, residente em Portugal há 15 anos. Diagnóstico de neoplasia da mama esquerda em 2010, submetida a RT neoadjuvante e posteriormente mastectomia total no seu país de origem. Foi encaminhada para o IPO de Lisboa tendo

iniciado no início do ano de 2011 terapêutica com tamoxifeno que manteve durante 5 anos, altura em que teve alta da consulta com indicação para suspender a terapêutica e manter vigilância anual com realização de mamografia. No final do ano de 2014 iniciou quadro de dor abdominal tipo cólica nos quadrantes inferiores do abdómen, associada a esforço defecatório e falsas vontades de evacuar. Referia 4-5 dejeções diárias, diurnas, pequena quantidade, consistência pastosa, sem sangue muco ou pús. Realizou colonoscopia total na Ucrânia apenas sabendo referir que o exame não foi completo porque “o aparelho não passou” (sic). Terá realizado biópsias, cujo resultado desconhece, tendo sido informada que teria doença de Crohn, motivo pelo qual iniciou terapêutica com prednisolona e messalazina (oral e enema). Cumpriu terapêutica durante 6 meses, sem melhoria clínica, tendo recorrido ao serviço de Urgência do Hospital de São José em fevereiro de 2017 onde realizou colonoscopia que revelou estenose filiforme aos 7 cm da margem do ânus, não ultrapassável com o colonoscópio, com mucosa de aspecto nodular e apagamento do padrão vascular. Foram efectuadas biópsias cujo resultado revelou “alterações inflamatórias inespecíficas”. Foi internada no serviço de Gastrenterologia do Hospital Santo António dos Capuchos (HSAC) por estenose rectal a esclarecer. No internamento repetiu colonoscopia para obtenção de novas biópsias, cujo exame histológico foi compatível com “metastização de carcinoma lobular invasivo da mama”. Para estadiamento realizou RM abdomino-pélvica: espessamento regular e concêntrico do recto numa extensão de 6 cm; ligeira densificação da gordura adjacente; sem distensão de ansas a montante, outras estenoses, alterações da última ansa ileal ou adenomegalias; e TC torácica: sem lesões pulmonares ou pleurais; sem adenopatias mediastínicas, hilares ou axilares; várias pequenas lesões escleróticas arredondadas dispersas por todos os corpos vertebrais abrangidos, esterno e arcos costais, suspeitas de secundarização, a correlacionar com cintigrafia óssea. A doente foi referenciada à consulta externa de Oncologia Médica do HSAC, tendo iniciado QT + RT em março de 2017. Repetiu colonoscopia em Maio de 2017: “Introdução do endoscópio alto com progressão até aos 60cm. Estenose concêntrica do recto distal com cerca de 3-4 cm de extensão com mucosa hiperemiada e ulcerações superficiais, que se ultrapassa com facilidade”. Efectuaram-se biópsias que revelaram “alterações hiperplásicas do epitélio glandular, infiltrado inflamatório crónico no córion e foco de alterações indefinidas para displasia”. Fez reavaliação imagiológica em Junho de 2017 com TC toraco-abdomino-pélvica e do braço esquerdo (por dor persistente a este nível) da qual se destaca “múltiplas lesões osteoblásticas infracentimétricas compatíveis com lesões secundárias, distribuídas difusamente pelos ossos ilíacos, sacro, vértebras visualizadas, alguns arcos costais, extremidade proximal da clavícula direita e esterno, que

ao nível dos osso ilíacos parecem ter sofrido um discreto aumento dimensional. A avaliação da extremidade proximal do úmero esquerdo, revelou ténue foco osteoblástico em topografia subcondral na vertente anterior da cabeça umeral, não existente no estudo anterior, sugestivo de lesão secundária”. O caso foi novamente discutido em reunião multidisciplinar tendo-se decidida terapêutica oncológica (hormonoterapia). Aos 5 meses após o início da QT + RT (Agosto de 2017) a doente encontra-se sem dor rectal, com trânsito intestinal mantido, fezes moldadas, sem sangue.

P 39

INVAGINAÇÃO INTESTINAL NUMA DOENTE GRÁVIDA

Pedro Soares Moreira; Cristina Silva; Mónica Sampaio; Anabela Rocha; Marisa D. Santos

Unidade de Cirurgia Colorretal do Centro Hospitalar do Porto / Hospital de Santo António

Introdução: As invaginações intestinais nos adultos são raras e na maioria dos casos associadas a uma lesão orgânica. Estas complicações são ainda muito mais raras no contexto da cirurgia bariátrica, com uma prevalência estimada em 0,1-0,3%. Em pacientes grávidas existem muito poucos casos relatados, sendo provavelmente este o primeiro caso relatado em Portugal.

Descrição do caso: Os autores apresentam o caso de uma doente grávida de 34 semanas, previamente submetida a bypass gástrico em Y de Roux por via laparoscópica, que recorreu ao serviço de Urgência por dor abdominal em cólica e vômitos incoercíveis. As imagens da tomografia axial computadorizada eram compatíveis com a presença de oclusão do delgado por invaginação ileo-ileal. A doente foi submetida a uma laparotomia que confirmou o diagnóstico, tendo sido realizada a redução da invaginação, com recuperação da isquemia inicial e sem necessidade de enterectomia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e o parto ocorreu 5 semanas após a cirurgia.

Discussão: As invaginações intestinais durante a gravidez podem acarretar complicações muito graves para a mãe e/ou para o feto. O diagnóstico é um desafio para o cirurgião, quer pela sintomatologia inespecífica, quer pelos riscos na utilização de alguns exames de imagem que implicam uma avaliação adequada do risco/benefício. A cirurgia deve ser considerada o procedimento padrão, com a ressecção intestinal obrigatória sempre que exista isquemia irreversível ou perfuração.

P 40

RECTORRAGIAS COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ESPIROQUETOSE INTESTINAL

Rocha M¹; Simões G²; Santos S¹; Cortez-Pinto J²; Bettencourt MJ¹; Marques D¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Santo António dos Capuchos;

²Serviço de Gastreenterologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

A espiroquetose intestinal é uma entidade rara que se caracteriza pela presença de espiroquetas fixadas à membrana celular apical do epitélio colo-rectal. A manifestação clínica mais frequente é a diarreia crónica, sendo que, raramente, pode cursar com rectorragias. Apresentamos um caso clínico em que a forma de apresentação foi por rectorragias.

Doente do sexo masculino, 71 anos, caucasiano. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, status pós-EAM com colocação de *stent* revestido. Medicado com Aspirina, ticagrelor, bisoprolol, telmisartan. Hipersensibilidade aos beta-lactâmicos. Antecedentes sociais: múltiplos parceiros sexuais de ambos os géneros, com prática de relações sexuais desprotegidas.

Em agosto de 2016 refere episódios frequentes de rectorragias de sangue vivo, após as defecções. Recorreu ao seu médico de família em outubro de 2016 que medicou com terapêutica tópica assumindo doença hemorroidária.

A 28 de outubro de 2016, por episódio de hematoquezias e lipotimia recorreu ao serviço de Urgência do Hospital de São José. Negava alteração recente do padrão defecatório, dor abdominal, hematemeses ou melenas, tenesmo rectal, falsas vontades de evacuar. Apresentava Hb 7,4 g/dL, VGM 78 fL, PCR 14,8 mg/L. Realizou transfusão de 2 UCE e após estabilização clínica e laboratorial foi submetido a colonoscopia com ileoscopia terminal: mucosa ileal sem alterações; sobre a válvula ileo-cecal observou-se ulceração superficial que se biopsou; desde o recto proximal e até ao cego observaram-se áreas de irregularidade do padrão vascular e ponteados nacarados dispersos compatíveis com exsudado; na sigmóide distal e recto proximal identificaram-se também erosões aftóides sobre mucosa hiperemiada; foram efectuadas biópsias seriadas dos vários segmentos.

O doente foi referenciado à consulta de Gastreenterologia e Proctologia. Observado em novembro de 2016 onde se constatou prolapso hemorroidário não redutível, tendo sido feita esclerose com polidocanol. Foram requisitadas análises que revelaram: Hb 8,6 g/dL, proteína C reactiva < 5 mg/L, ferropénia (ferro sérico 34 µg/dL, ferritina 9,5 ng/mL), ácido fólico e vitamina B12 normais, calprotectina fecal < 50 µg/g, Ac anti-HIV 1+2 negativo, VDRL positivo, reacção de TPHA positiva. A histologia das biópsias cólicas identificou “colite ligeira com achados histológicos de espiroquetose intestinal”. O doente foi medicado com metronidazol 500 mg de 8/8h durante 10

dias. Reavaliado após 1 mês desde o início da terapêutica com metronidazol, apresentando melhoria clínica e laboratorial. Realizada colonoscopia esquerda em maio de 2017 (6 meses após terapêutica com metronidazol) com progressão até ao ângulo esplénico constatando-se mucosa colo-rectal sem alterações; foram feitas biópsias que não apresentaram alterações com significado patológico. Aos 10 meses após o início do quadro (junho de 2017) o doente encontrava-se assintomático, sem perdas hemáticas digestivas.

Apresenta-se iconografia e faz-se revisão da literatura.

P 41

DIVERTICULITE DO CEGO PERFURADA

Joana Bártolo; Gonçalo Luz; Rita Garrido; Rui Maio

Hospital Beatriz Ângelo/Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Introdução: A diverticulose do cego é uma patologia rara que, contrariamente à do cólon esquerdo, afecta predominantemente doentes mais jovens e asiáticos. A etiologia não está esclarecida, podendo em algumas situações ser uma patologia congénita, em particular nos divertículos solitários do cego. Apesar de maioritariamente ser assintomática, pode apresentar-se com um quadro de diverticulite aguda, cujo diagnóstico pré-operatório é difícil pois manifesta-se com sinais e sintomas semelhantes à apendicite aguda. Em mais de 70% dos casos o diagnóstico é apenas confirmado no intra-operatório ou após resultado anatomopatológico. A abordagem terapêutica é controversa, podendo optar-se por antibioterapia num diagnóstico precoce. No entanto, na maioria dos casos é necessário uma diverticulectomia ou mesmo uma ressecção mais alargada.

Caso clínico: Uma mulher de 76 anos, caucasiana, com dor abdominal com quatro dias de evolução na fossa ilíaca direita e febre (38°C), sem outra sintomatologia. À admissão apresentava o abdómen doloroso à palpação da fossa ilíaca direita, com empastamento e defesa. Analiticamente com leucocitose (13.650) e PCR de 26,2 mg/dl. A ecografia abdominal revelou alterações que levaram ao diagnóstico de apendicite aguda perforada. Intra-operatoriamente apresentava uma massa inflamatória pericecal, com abscesso envolvendo a parede do cego, pelo que se procedeu a uma ressecção ileocecal, sem intercorrências. O resultado anatomopatológico revelou uma diverticulite aguda do cego perforada.

Discussão/Conclusão: O diagnóstico diferencial de dor na fossa ilíaca direita é vasto, mas habitualmente a diverticulite do cego manifesta-se de forma semelhante à apendicite aguda, o que leva a um diagnóstico pré-operatório difícil. A abordagem terapêutica é controversa.

P 42

SCORE DE RENZI PARA DISTÚRBIOS EVACUATÓRIOS — VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DE ACORDO COM A CHECKLIST COSMIN

Sara Dias; Ana Célia Caetano; Juliana Costa; Dalila Costa; André Santa-Cruz; Carla Rolanda; Raquel Gonçalves

Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Braga Serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga Escola de Medicina, Universidade do Minho

Introdução: Recentemente, o score de distúrbios evacuatórios (SDE) foi desenvolvido e validado por Renzi para avaliação e comparação da eficácia do tratamento dos doentes com esta patologia.

Objetivo: O nosso objectivo é validar uma versão portuguesa do SDE de acordo com as orientações da checklist de COSMIN.

Métodos: O SDE foi traduzido para português, cumprindo as orientações para validação cultural. Indivíduos com distúrbio evacuatório e controlos saudáveis foram convidados a responder ao SDE numa fase inicial, 2 semanas e 3 meses depois, respetivamente. Foi avaliada a consistência interna, confiabilidade, erro de medição, validade de conteúdo e constructo, responsividade e interpretabilidade.

Resultados: Foram entrevistados 113 indivíduos (77 doentes; 36 controlos saudáveis) na fase inicial. O SDE foi aplicado novamente aos 77 doentes, 2 semanas depois, e a 30 doentes, 3 meses depois. Relativamente à consistência interna, a análise fatorial confirmou a unidimensionalidade e o coeficiente α de Cronbach foi 0.77, suportando homogeneidade dos itens. O kappa quadrático ponderado de 0.89 estabeleceu a reprodutibilidade teste-reteste. Considerando o erro de medição, a mudança mínima detetável a nível individual foi 2.66 e a nível de grupo foi 0.30. A validade do constructo foi avaliada através do coeficiente de correlação de Spearman entre o SDE e o score total (-0.32) e físico (-0.43) do SF-36. Em termos de validação clínica, verificou-se uma diferença significativa de 11 pontos entre as médias dos doentes e controlos. A responsividade foi confirmada pelo coeficiente de correlação de -0.86 entre a mudança do score e a evolução clínica, avaliados após 3 meses. Através da curva ROC, a mudança mínima importante foi 2.00 e a AUC foi 0.97. Não foram observados efeito-chão efeito-tecto.

Conclusão: Este projecto permitiu validar a versão portuguesa do SDE de Renzi. É possível agora utilizar esta ferramenta na avaliação de distúrbios evacuatórios em doentes falantes de língua portuguesa.

P 43

DIAGNÓSTICO POR COLONOSCOPIA DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO METASTÁTICO

Mafalda Sousa; Luísa Proença; Ana Barroso; Jaime Rodrigues; João Silva; João Carvalho

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Doente sexo masculino, 72 anos, ex-fumador, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica e prostatectomia radical por adenocarcinoma, apresentou um quadro de hematoquézias, perda de peso e dor abdominal, pelo que realizou colonoscopia. Esta revelou um tumor ulcerado que ocupava três quartos da circunferência do lúmen do cólon transverso e um tumor polipóide com 30mm no cólon ascendente. A histologia revelou um carcinoma sólido pouco diferenciado e a imunohistoquímica mostrou um tumor negativo para CK2 e CDX2 e positivo para TTF1 e Napsin-A, o que favorece tumor metastático de origem pulmonar. O doente realizou por isso TAC torácico que revelou 2 nódulos no lóbulo superior direito e esquerdo do pulmão com metástases em ambas supra-renais e ganglionares. Foi proposto para hemicolectomia paliativa e quimioterapia com carboplatino + pemetrexedo. No entanto, por resolução das queixas gastrointestinais a cirurgia foi adiada. Após cinco ciclos, a colonoscopia foi repetida e não foram observadas lesões, exceto uma área cicatricial no cólon transverso. Um ano após o diagnóstico o doente permanece vivo e sem sintomas gastrointestinais.

O adenocarcinoma do pulmão é uma neoplasia comum, com metastização em cerca de 50% dos casos à data do diagnóstico — cérebro, fígado, glândulas supra-renais e medula óssea são os locais mais comuns. As metástases para o trato gastrointestinal são muito raras, especialmente como sintoma de apresentação. O interesse deste caso baseia-se não só nesta raridade, mas também na remissão completa das lesões cólicas com quimioterapia direcionada para adenocarcinoma do pulmão.

P 44

ABORDAGEM CIRURGICA DE PROLAPSO RETAL RECIDIVADO

Berta Barbosa; Mónica Sampaio; Cristina Silva; Anabela Rocha; Marisa D. Santos

Unidade de Cirurgia Colorretal do Centro Hospitalar do Porto / Hospital de Santo António

Introdução: O prolapso retal está geralmente associado à presença de fatores que aumentam a pressão intra-abdominal, alterações anatómicas e/ou neurológicas, no entanto a sua patofisiologia não se encontra totalmente esclarecida. A abordagem multidisciplinar e individualizada dos casos clínicos tem por objetivo a correção do prolapso com uma taxa reduzida de recidiva e, simultaneamente a recuperação da função anorretal, geralmente comprometida.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 57 anos, com história pessoal de patologia osteoarticular e síndrome depressivo, que recorreu a consulta de Cirurgia Colorretal do Centro Hospitalar do Porto por recidiva de prolapso retal com 7 anos de evolução. Trata-se de uma doente previamente submetida sucessivamente a prolapsectomia mucosa por via perineal em 2006 e a proctopexia por via abdominal em 2009 noutra instituição.

Ao exame físico apresentava um prolapso retal externo completo, que se exteriorizava facilmente com o esforço defecatório. Do estudo realizado a doente apresentava hipotonia anal em repouso, com pobre contração voluntária, dissinergia defecatória, com aparelho muscular pubo-retal e esfinteriano de morfologia e espessura preservadas, sem alterações do compartimento anterior e médio do períneo.

Foi submetida a operação de Delorme, sem complicações da intervenção cirúrgica, tendo alta ao 6º dia de pós-operatório.

Conclusões: O tratamento do prolapso retal recidivado é um desafio, sendo difícil a seleção da técnica cirúrgica mais adequada. No caso apresentado optou-se por uma operação de Delorme atendendo ao menor risco de morbimortalidade, embora esteja associado a uma maior taxa de recidiva.

P 45

CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE ANAL (TUMOR DE BUSCHKE AND LOWENSTEIN)

— UM CASO RARO EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Berta Barbosa; Mónica Sampaio; Cristina Silva; Anabela Rocha; Marisa D. Santos

Unidade de Cirurgia Colorretal do Centro Hospitalar do Porto / Hospital de Santo António

Introdução: O condiloma gigante ou tumor de Buschke and Lowenstein é uma manifestação rara de infeção pelo vírus do papiloma humano, caracterizado por lesões verrucosas com crescimento exuberante e com comportamento localmente invasivo. Manifesta-se com maior frequência no pénis e escroto de doentes imunocomprometidos, embora possa ocorrer noutras áreas anogenitais. É um tumor localmente destrutivo com taxas de transformação maligna, recidiva e mortalidade elevadas. Devido à sua baixa incidência não há normas para o seu tratamento, embora seja preferencialmente cirúrgico.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico invulgar de um homem, com 71 anos, referenciado à consulta de Cirurgia Colorretal por volumosa lesão endoanal com menos de 6 meses de evolução. Tratava-se de uma lesão pediculada, com ulceração superficial, observada em colonoscopia, cuja biópsia foi compatível com condiloma anal.

Do estudo realizado, foi excluída imunodeficiência adquirida e confirmada doença localizada — lesão ex-

pansiva endoanal com 64 mm de maior dimensão, sem extensão extra-parietal, nem envolvimento ganglionar suspeito.

Foi submetido a biópsia excisional da lesão por via endoanal que decorreu sem intercorrências, com alta ao 2º dia de pós-operatório. Aguarda-se resultado histológico, uma vez que macroscopicamente a lesão é suspeita de malignidade.

Conclusões: A biópsia excisional desta lesão de grandes dimensões é neste caso fundamental para se chegar ao diagnóstico definitivo e se planear o procedimento cirúrgico adequado.

P 46

SÍFILIS PERIANAL

Rui Morais; Andreia Albuquerque; Guilherme Macedo

Serviço de Gastreenterologia; Centro Hospitalar São João

Homem de 34 anos encaminhado para a consulta de Proctologia por uma história com 3 meses de evolução de úlceras do pénis e perianais. Tratava-se de um homem que tem sexo com homens (HSH) com uma história sexo anal receptivo não protegido. À inspeção observaram-se múltiplas úlceras dispersas na região do ânus e no pénis, com uma base escavada e bordos irregulares. Foram realizadas múltiplas biópsias e enviadas para análise histológica e biologia molecular. A reação em cadeia da polimerase (PCR) para *Treponema pallidum* foi positiva nas amostras de biópsias e no sangue. As serologias do HIV, PCR para herpes simplex e citomegalovírus nas biópsias foram negativas. O doente foi tratado com uma única injeção intramuscular de penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades. Duas semanas depois, o paciente mantinha-se assintomático, tendo-se verificado completo desaparecimento das lesões.

O envolvimento anorretal pela sífilis pode ser visto nos estágios primário e secundário. Na sífilis primária, úlceras anais indolores podem aparecer duas a seis semanas após a infecção, tipicamente como uma úlcera anal ou retal isolada embora várias lesões possam estar presentes. Os doentes não tratados podem evoluir para sífilis secundária. Quando diagnosticada num estágio inicial, a sífilis possui uma boa resposta ao tratamento curativo.

P 47

DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE LINFOMA DO MANTO COM ENVOLVIMENTO RECTAL

Rui Morais; Andreia Albuquerque; Susana Guimarães; Guilherme Macedo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar São João Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar São João

Mulher, 80 anos, com antecedentes de asma, foi referenciada para a consulta de Proctologia por retorragias e para remoção de pólipos do canal anal. Foi realizada retossigmoidoscopia que revelou um pólipo no recto distal

que foi excisado e uma lesão, também ao nível do recto proximal, correspondendo a uma área com mucosa hipertrofiada, irregular, com ulceração. As biópsias desta lesão revelaram retalhos de mucosa com sinais de ulceração, com exsudado leucocitário, com toalha de células linfóides de tamanho pequeno a intermédio, com núcleos irregulares. O estudo imunocitoquímico mostrou imunorreactividade da população linfóide para CD20, CD5, ciclina D1 e bcl-2, traduzindo envolvimento rectal por linfoma B periférico com características de linfoma do manto. A doente foi posteriormente encaminhada para a consulta de Hemato-Oncologia. Foi realizada TAC toraco-abdomino-pélvica que mostrou múltiplas adenomegalias cervicais e mediastínicas e endoscopia digestiva alta que revelou envolvimento gástrico pelo linfoma. Iniciou terapêutica com clorambucil, com boa resposta clínica e imangiológica.

Embora o tracto gastrointestinal seja o local mais comum de linfoma extra-ganglionar, o envolvimento colorectal é raro. Devido à sua raridade e sinais clínicos inespecíficos, o diagnóstico requer um elevado grau de suspeição. Embora a quimioterapia seja considerada o principal tratamento, na ausência de doença disseminada a ressecção cirúrgica pode ser considerada.

P 48

METASTISAÇÃO FULMINANTE MULTIORGÂNICA DE NEOPLASIA COLICA

Lomba-Viana H.¹; Correia A.¹; Y. Shvets¹; Curado J.²; Mesquita T.²; Aroso M.²; Moura A.²

¹Serviços de Gastroenterologia, Medicina Interna; ²Cirurgia Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto (D. Pedro V)

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, com 52 anos de idade, que recorreu ao serviço de Urgência por rectorragias, dor abdominal e obstipação. Efectuou de imediato colonoscopia, que detectou a existência de uma neoplasia do sigmoide distal, estenosante, não oclusiva, com cerca de 8 cm de extensão. A biopsia endoscópica revelou tratar-se de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

O estudo da patologia molecular do tumor mostrou a mutação p.Gly12Ile no gene KRAS.

A TAC toraco-abdomino-pélvica efectuada confirmou a neoplasia, a qual apresentava invasão total da parede, com atingimento da gordura peri-cólica, gânglios do mesocólon e metástases hepáticas múltiplas e volumosas.

Iniciou quimioterapia neoadjuvante com FOLFOX – 9 ciclos. No final da QT apresentava diminuição franca da lesão cólica, e mantinha apenas uma lesão única hepática com 5 cm de diâmetro.

Foi proposto de seguida, 6 meses após o diagnóstico, para ressecção anterior do recto e metastasectomia/lobectomia hepática. Durante a cirurgia, foram identificadas múltiplas metástases hepáticas bilaterais, pelo que foi apenas efectuada ressecção anterior do recto. Surgiram

de seguida metástases cutâneas lombares, confirmadas histologicamente.

Um mês após a cirurgia, o doente iniciou QT paliativa e radioterapia das lesões cutâneas.

Durante o internamento constatou-se uma progressão galopante da doença, com aparecimento diário de múltiplas metástases cutâneas dispersas, nomeadamente na face, couro cabeludo, abdómen, dorso, e antebraços; metástases cerebrais; e uma metástase do globo ocular esquerdo.

O agravamento do estado clínico do doente foi rapidamente progressivo e incontrolável.

Faleceu duas semanas após o início da QT e RT paliativas.

P 49

UMA COMPLICAÇÃO RARA NUMA ENTIDADE CLÍNICA POUCO FREQUENTE

Cunha, I¹; Amaro, P¹; Lopes, S¹; Almeida, N^{1,2}; Portela, F^{1,2}; Tomé, L^{1,2}

¹Serviço de Gastroenterologia; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A proctopatia rádica (PR) é uma entidade pouco frequente, que acomete principalmente o recto e que resulta da utilização de radioterapia (RT) pélvica. Pode ser classificada como aguda ou crónica sendo a hemorragia digestiva baixa (HDB) a manifestação mais frequente da PR crónica. Em ambas as circunstâncias o diagnóstico é endoscópico e o tratamento farmacológico, endoscópico e em último recurso, cirúrgico.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de um homem de 70 anos, com antecedentes de Braquiterapia por neoplasia da próstata, internado por HBD, 15 meses após a última sessão de RT. Efectuada sigmoidoscopia que revela “volumosa úlcera, 25mm, escavada, com fundo necrótico preenchido por coágulo aderente e hemorragia ativa, na parede anterior do recto, sem possibilidade tratamento endoscópico”, sendo assim submetido a angiografia com embolização arterial. Ao longo de prolongado internamento, teve três recidivas hemorrágicas com repercussão hemodinâmica em que apenas foi possível efectuar tratamento de suporte. Realizadas sigmoidoscopias de revisão sem evidência de cicatrização; neste contexto é realizada ressonância-magnética abdomino-pélvica para exclusão de eventual neoplasia ulcerada que não demonstrou “imagens seguramente atribuíveis a processo tumoral”. Perante a intratabilidade médica com complicação hemorrágica grave foi decidida a amputação abdominoperineal em discussão de grupo multidisciplinar médico-cirúrgico, cujo resultado anátomo-patológico revelou “proctite rádica com necrose transmural... sem lesão neoplásica”.

Conclusão: O presente caso, documentado iconografi-

camente, demonstra uma complicação rara, mas grave, de uma entidade incomum em que não foi possível evitar o recurso a cirurgia.

P 50

LIPOMA GIGANTE DO CÓLON SIGMÓIDE COMPLICADO DE INVAGINAÇÃO – UMA ENTIDADE RARA

Cláudio Silva; José Presa Fernandes; Mónica Sampaio; Ana Cristina Silva; Anabela Rocha; Marisa D. Santos

Unidade de Cirurgia Colorrectal - Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto EPE - Porto - Portugal

Introdução: O lipoma cólico isolado é um tumor benigno raro com uma incidência entre os 0,2 e 4,4%. Apresenta-se geralmente como lesão pequena e assintomática, detetada de forma incidental. Quando atinge dimensões superiores a 4 cm pode tornar-se sintomático e mimetizar uma entidade maligna.

Caso Clínico: Apresentamos o caso clínico raro de um lipoma do cólon sigmóide inicialmente com 3 cm e assintomático que sofreu um crescimento rápido atingindo os 7,5 cm e se complicou com invaginação colo-cólica. A doente foi submetida a uma cirurgia urgente diferida de ressecção anterior do reto por via laparoscópica que decorreu sem intercorrências. A histologia confirmou a presença de um lipoma gigante pediculado cólico a provocar invaginação com isquemia da parede sem necrose.

Discussão/Conclusões: Dada a variabilidade da apresentação clínica e dificuldade do diagnóstico pré-operatório inequívoco, a recomendação internacional para ressecção de lipomas cólicos sintomáticos ou superiores a 2 cm deve ser seguida para excluir malignidade e prevenir evolução para quadro clínico de resolução mais complexa.

P 51

Retirado

P 52

QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES OSTOMIZADOS

Silva, José O.¹; Gomes, Pedro²; Gonçalves, David²; Nogueira, Fernanda³; Goulart, André³; Leão, Pedro^{3,4}; Rodrigues, António Mesquita⁵; Mota, Maria José⁶; Peixoto, Palmira⁶; Martins, Sandra^{3,4}

¹Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Médio Tejo; ²Aluno do Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Escola de Medicina da Universidade do Minho;

³Assistente Hospitalar, Unidade Funcional Coloproctologia, Serviço Cirurgia Geral, Hospital de Braga; ⁴Escola de Medicina da Universidade do Minho/Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS); ⁵Director de Serviço, responsável da Unidade Funcional Coloproctologia, Serviço Cirurgia Geral, Hospital de Braga; ⁶Enfermeira responsável pela consulta de Estomaterapia do Hospital de Braga

Os doentes ostomizados podem apresentar alterações significativas da qualidade de vida (QdV). Neste trabalho procurou-se avaliar de forma quantitativa a QdV de uma amostra de conveniência, não probabilística, constituída por doentes portadores de colostomia, ileostomia ou

urostomia, seguidos em consulta de Estomaterapia do Hospital de Braga entre janeiro e maio de 2017.

Reuniu-se uma amostra de 58 indivíduos, com idade média de 65,3 anos. A colostomia foi o estoma mais comum (40%). A maioria dos doentes era do sexo masculino (65,5%), apresentava doença maligna (75%), realizou cirurgia eletiva (66%) e era portadora de estoma há 12 meses ou mais (60%).

Para avaliação da QdV utilizou-se o questionário Estoma – QdV 2008, adaptado e validado para a população portuguesa. Foram obtidos 5 resultados: Score total e 4 scores relativos aos domínios do questionário (Insegurança e Funcionamento do dispositivo – Score IFDi; Auto-estima e Auto-imagem – Score AeAi; Relação com Família e Amigos – Score FA; Relação com cansaço e sono – Score CS).

Foram encontradas diferenças significativas no Score total dos doentes com urostomia (Mdn=69) comparativamente com os doentes com colostomia (Mdn=58,0) e ileostomia (Mdn=59,0). Na análise por domínios verificou-se que doentes com urostomia apresentavam pontuações significativamente mais altas nos Scores AeAi, FA e CS. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no Score IFDi.

Os resultados deste trabalho sugerem que a urostomia confere melhor qualidade de vida comparativamente com ileostomia e colostomia. Este estoma tem menor impacto na auto-estima e auto-imagem, nas relações sociais e na relação com cansaço e sono.

P 53

NÓDULO DO SEPTO RECTO-VAGINAL

— A CHAVE PARA UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Marco Silva; Pedro Moutinho-Ribeiro; Sara Gomes; Ana Luísa Santos; Rosa Coelho; Vítor Magno-Pereira; Armando Peixoto; Filipe Vilas-Boas; Guilherme Macedo

Serviço de Gastroenterologia e Ginecologia – Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O carcinoma epidermoide anal é uma doença maligna relativamente rara, que representa menos de 2% dos cancros gastrointestinais. Em 10-20% dos casos, os doentes têm doença metastática na apresentação. Por outro lado, o cancro do septo recto-vaginal é uma entidade extremamente rara, existindo apenas dois casos descritos na literatura de metástases nesta localização (ambos os casos de cancro da trompa de Falópio). Os autores descrevem o primeiro caso de metastização de carcinoma epidermoide anal para o septo recto-vaginal.

Descrição do caso: Mulher de 54 anos de idade, com história de paquimeningite craniana hipertrófica. Para avaliação etiológica, realizou uma cintilografia de gálio-67 que revelou uma hiper captação vaginal. Realizou ecografia endovaginal revelou uma massa sólida do septo recto-vaginal em contato próximo com a parede anterior do reto, sugestivo de foco de endometriose. No toque rectal,

foi palpado um nódulo liso e irregular, com 15mm. Foi realizada rectossigmoidoscopia flexível, que evidenciou um abaulamento da parede rectal distal recoberto por mucosa normal. Durante a manobra de retroflexão para a observação completa do reto distal e do canal anal, foi evidenciada uma lesão polipoide sésil irregular, com extensão para/do o canal anal. As biópsias foram consistentes com um carcinoma epidermóide. Foi também realizada eco-endoscopia para avaliação da massa extraluminal, que correspondia a uma lesão arredondada, homogénea, hipocogénica, com contornos regulares e bordos bem definidos, localizada no septo recto-vaginal. A avaliação citológica da biópsia por aspiração com agulha fina revelou tratar-se de uma metástase do carcinoma epidermóide anal.

P 54

UMA COMPLICAÇÃO RARA DA INGESTÃO DE UM CORPO ESTRANHO

Marco Silva; Sara Gomes; Ana Luísa Santos; Rosa Coelho; Frederica Gonçalves; Armando Peixoto; Guilherme Macedo

Serviço de Gastroenterologia, Cirurgia Geral e Urgência – Centro hospitalar de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A maioria dos corpos estranhos retais são inseridos através do canal anal, contudo, em casos raros, resultam da ingestão de um objeto que fica impactado no reto. Embora a maioria dos corpos estranhos ingeridos sejam eliminados sem incidentes, em raras ocasiões podem surgir complicações. Os autores destacam a originalidade do caso em que a impactação de ossos de galinha ingeridos provocou lesões isquémicas do reto e canal anal.

Descrição do caso: Mulher de 54 anos de idade recorreu ao Serviço de Urgência por dor perianal, tenesmo e obstipação com 2 dias de duração. A doente referiu que tinha ingerido “patas de galinha” 3 dias antes. Ao exame ano-rectal observou-se ulceração e pús na região perianal, com toque rectal doloroso, palpando-se conteúdo granular, duro ao toque. Realizou uma radiografia abdominal que não revelou sinais de perfuração de víscera oca. Foi então realizada retossigmoidoscopia tendo-se observado múltiplos fragmentos de osso misturados com material fecal, impactados no recto. Apresentava, ainda, ulceração com necrose superficial do recto distal e canal anal. Alguns fragmentos ósseos de maiores dimensões foram removidos durante o procedimento endoscópico, mas não foi possível a remoção completa dado o elevado número de fragmentos. A doente foi internada e melhorou com tratamento conservador, tendo alta 5 dias após a admissão. Três semanas depois foi realizada reavaliação endoscópica, observando-se cicatrização da mucosa.

P 55

REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO IMPACTADO NO RECTO

Gonçalo Alexandrino; Luís Lourenço; Luisa Figueiredo; Rita Carvalho; Jorge Reis

Serviço de Gastroenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Os autores apresentam o vídeo referente ao caso clínico de um jovem do sexo masculino, 19 anos, sem antecedentes.

Recorreu ao serviço de urgência por dor anal persistente, com agravamento no momento das dejeções, com três dias de evolução. Negava alterações do trânsito intestinal e perdas hemáticas nas fezes. Negava ainda ingestão de corpos estranhos ou introdução de objectos pelo ânus.

Ao exame objectivo não apresentava alterações, à excepção do toque rectal, que era doloroso e no qual se palpava objecto de consistência dura aos 3-4 cm da margem anal, que não se conseguia mobilizar com a manipulação digital.

Optou-se pela realização de TC pélvica para exclusão de complicações, que mostrou corpo estranho hipodenso a nível da transição anorectal, com cerca de 4cmX0,5cm, compatível com osso/espinha. Sem sinais de perfuração. Realizou-se rectossigmoidoscopia sob apoio anestésico, que confirmou a presença de um osso com as características observadas na TC, afilado nas pontas, ao nível da transição anorectal. Foi possível mobilizá-lo para o recto médio através da insuflação de ar e com a utilização de uma pinça dentes de rato. Posteriormente, extraíu-se o osso de forma segura agarrando uma das pontas afiladas com pinça de dentes de rato. A mucosa circundante apresentava-se hiperemiada. Após a intervenção terapêutica, o doente ficou assintomático.

O caso faz-se acompanhar de iconografia completa (imagens da TC em que se observa o osso ao nível da transição anorectal, vídeo completo da rectossigmoidoscopia com extracção do corpo estranho e fotografia do osso já depois de removido).

P 56

COLITE ISQUÉMICA SECUNDÁRIA A HÉRNIA INGUINO-ESCROTAL GIGANTE

Gonçalo Alexandrino¹; Luísa Figueiredo¹; Ana Alagôa João²; Cislaltina Sobrinho²; Luis Lourenço¹; Ana Oliveira¹; Jorge Reis¹

¹Serviço de Gastroenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca;

²Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Sexo masculino, 79 anos, com diarreia crónica aquosa com > 1 ano de evolução, recorreu ao SU por agravamento do quadro, com 4 dejeções/dia de fezes aquosas agora misturadas com sangue.

À observação: hérnia inguino-escrotal esquerda, sem sinais de complicações. Analiticamente: Leucocitose ligeira e PCR 14,8 mg/dL.

Efetou retossigmoidoscopia: “Desde o ângulo esplénico

até ao transverso médio, mucosa hiperemiada, edemaciada, apagamento da rede vascular e extensa úlcera a ocupar 1/3 da circunferência”. Adicionalmente, no reto distal, extensa lesão plana com ~7cm (Paris IIb+IIc).

Ficou internado e iniciou antibioterapia empírica. A histologia das biópsias do cólon mostrou tecido de fundo/ bordos de úlcera, com alterações regenerativas. A histologia da lesão plana evidenciou adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau.

O restante estudo da diarreia/colite foi negativo.

Colocaram-se como hipóteses diagnósticas colite de provável etiologia isquémica e diarreia crónica secundária a adenoma túbulo-viloso do recto.

Apesar da descida dos parâmetros inflamatórios, manteve diarreia sanguinolenta, pelo que realizou TC abdómino-pélvica: “Espessamento cólico difuso, maior expressão à esquerda. Volumosa hérnia inguino-escrotal esquerda, contendo cólon sigmóide e mesocólon”.

Assim, concluiu tratar-se de um quadro de colite isquémica secundária a hérnia inguino-escrotal gigante. Foi submetido a cirurgia de correção da hérnia com resolução do quadro.

Relativamente à lesão do recto, optou-se por disseção submucosa, cujo procedimento aguarda.

Este caso é particularmente interessante pela exuberância das imagens da hérnia, pela raridade, bem como o diagnóstico diferencial do quadro de diarreia sanguinolenta.

O caso faz-se acompanhar de iconografia completa (hérnia, retossigmoidoscopia, histologia, TC com imagem da volumosa hérnia a conter cólon).

P 57

COLITE A RESINA PERMUTADORA DE CATIÕES

Alberto Figueira; Ana Freire-Gomes; Joana Tavares; João Malaquias; Cristina Ferreira; João Coutinho

Centro Hospitalar Lisboa Norte

O sulfonato de sódio poliestireno é uma resina permutadora de catiões dirigida ao tratamento da hipercaliemia. Um dos efeitos adversos da sua utilização poderá ser a isquémia intestinal, com eventual quadro de abdómen agudo, consequentemente necessitando de abordagem cirúrgica.

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 71 anos, com antecedentes de doença renal crónica terminal sob hemodiálise, que recorreu ao serviço de Urgência por quadro de dor abdominal e hemorragia digestiva baixa com repercussão hemodinâmica. Após ressuscitação inicial, realizou colonoscopia com identificação de áreas de inflamação com hemorragia ativa ao longo do cólon descendente e sigmóide. Por refratariedade às medidas instituídas, foi submetida em contexto de urgência, a hemicolectomia esquerda com colostomia terminal e encerramento do coto distal. Cirurgia e pós-operatório sem intercorrências, permitindo a resolução

do quadro clínico. Estudo anatomo-patológico da peça operatória compatível com colite a cristais de kayaxelato. A doente foi posteriormente encaminhada para consulta de Gastreenterologia e Cirurgia Geral, optando-se pelo não restabelecimento da continuidade digestiva dadas comorbilidades que apresentava e riscos daí inerentes.

De salientar a premência de considerar a utilização de resinas permutadoras de catiões como causa, embora que pouco frequente, de hemorragia digestiva baixa. Para tal, é necessário um elevado índice de suspeição, permitindo uma intervenção atempada e adequada.

P 58

COLITE POR DASATINIB EM DOENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

David Perdigoto; Cláudia Macedo; Sandra Lopes; Francisco Portela; Maria Augusta Cipriano; Luís Tomé

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Homem, 54 anos, recorreu ao seu médico assistente por diarreia com sangue (4-8 dejeções/dia) com 4 semanas de evolução e hematoquézia ocasional. Estudo bacteriológico e parasitológico fecal negativo. Na colonoscopia observadas áreas eritematoso-papulares difusas com maior gravidade no sigmóide, biópsias revelaram-se compatíveis com colite inespecífica. Doente com antecedentes de leucemia mielóide crónica (LMC), depressão, hipertensão e apneia do sono. Desde há 2,5 anos sob terapêutica com dasatinib (LMC) após curto período de tempo com imatinib que suspendeu por resistência. Referenciado a consulta de Gastreenterologia, na qual já apresentava resolução espontânea da diarreia e hematoquézia. Salienta-se o atingimento de remissão hematológica com dasatinib 2 meses antes da consulta. Efetuada colonoscopia de controlo: perda do padrão vascular normal da submucosa, múltiplas áreas de edema, eritema e lesões papulares associadas a erosões, pequenas úlceras e exsudação. Este padrão afetava todo o cólon, particularmente o descendente, sigmoide e recto. Na avaliação anatomopatológica foram excluídas infeções por citomegalovírus, *Clostridium difficile* e constatou-se: criptas irregulares e ramificadas, hemorragia difusa da lamina própria, infiltrado de eosinófilos, neutrófilos e alguns abscessos cripticos eosinofílicos. A conjugação das alterações endoscópicas e anatomopatológicas são consistentes com colite induzida por dasatinib. Durante o seguimento não houve registo de recidiva hemorrágica com melhoria endoscópica progressiva pelo que o doente manteve o tratamento com o fármaco. A hemorragia gastrointestinal por dasatinib ocorre em 2-9% dos casos, mas a colite é pouco frequente. Apresenta-se este caso para sublinhar a necessidade de equacionar este diagnóstico em doentes a tomar o fármaco que desenvolvam diarreia com sangue.

P 59

ABCESSO INTRA-ABDOMINAL COM PERFURAÇÃO DO CÓLON SIGMÓIDE POR CORPO ESTRANHO TRATADO ENDOSCÓPICAMENTE

Mafalda Sousa; Sónia Fernandes; Luísa Proença; Jaime Rodrigues; João Silva; João Carvalho

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Um homem de 92 anos de idade, com múltiplas co-morbilidades, foi internado após episódio de síncope. O exame físico não mostrou alterações de relevo, com exceção de um desconforto abdominal ligeiro. Analiticamente leucocitose (24,56 x 10³ µL) e aumento da PCR (21,85 mg/L). A tomografia computadorizada (TC) revelou diverticulose difusa do cólon sigmóide, identificando-se no seu terço proximal um corpo estranho intraluminal com 3 cm de comprimento com espessamento parietal focal e densificação da gordura envolvente sugerindo perfuração contida. Foi internado sob tratamento conservador com antibioterapia de largo espectro. Por temperatura subfebril e aumento dos parâmetros inflamatórios, repetiu estudo por TC ao 7º dia de internamento que revelou o corpo estranho já previamente descrito, agora associado a uma coleção organizada com 20x12x19 mm. Realizou colonoscopia que revelou aos 40 cm da margem anal segmento cólico com lúmen estreitado e mucosa congestionada, identificando-se corpo estranho alongado (provável osso de frango) encastrado na parede nas suas 2 extremidades. Procedeu-se à sua mobilização com pinça de corpos estranhos e posterior extração com ansa. Não foi visualizado orifício de perfuração.

Após a remoção do corpo estranho o doente realizou mais 5 dias de antibioterapia tendo tido alta assintomático.

A ingestão de corpos estranhos é uma situação comum, sobretudo em doentes idosos. A maioria dos corpos estranhos passam pelo trato gastrointestinal sem complicações, sendo a perfuração do cólon sigmóide rara. O tratamento cirúrgico geralmente é inevitável se os corpos estranhos não puderem ser extraídos de forma endoscópica. Neste caso o tratamento endoscópico com sucesso evitou uma estratégia cirúrgica agressiva.

P 60

Retirado