

POSTERS

P 01

ABCESSO INTERESFINCTERIANO – DRENAGEM GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA

Costa D., Caetano AC, Gonçalves B., Rolanda D., Gonçalves R.
Hospital de Braga

O abcesso interesfincteriano tem como tratamento padrão a sua incisão e drenagem, com secção parcial das fibras do esfíncter interno. A drenagem guiada por ultrassonografia endoanal apresenta-se como um método simples, menos invasivo e seguro, pelo que deve ser considerada em doentes selecionados. Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 42 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial medicado com nebivolol. Recorre ao serviço de urgência com quadro de dor anal, retorragia e temperatura subfebril com uma semana de evolução. O toque rectal não foi possível por quadro doloroso; sem outras alterações no exame físico. Analiticamente, proteína C reativa de 101mg/L e 12x10³/ul leucócitos com predomínio neutrofílico. A tomografia computadorizada abdominal e pélvica revelou uma coleção laminar semilunar com 3,5cm, localizada na vertente lateral esquerda do espaço interesfincteriano, entre as 3 e as 6 horas, compatível com abcesso perianal. Optou-se por iniciar antibioterapia associada a drenagem do abcesso por ultrassonografia endoscópica, com resolução clínica, analítica e imagiológica.

P 02

APRESENTAÇÃO SIMULTÂNEA DE DOENÇA DE CROHN E CANCRO COLORRETAL EM DOENTE JOVEM

Luís Maia¹, Ângela Rodrigues¹, Cidalina Caetano¹, Ana Cristina Silva², Paula Lago¹, Marta Salgado¹, Isabel Pedrote¹

¹Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar do Porto; ²Serviço de Cirurgia Geral, Unidade 1, Centro Hospitalar do Porto

Os doentes com doença de Crohn apresentam um risco aumentado de desenvolvimento de cancro colorretal e em idade mais jovem. O diagnóstico na apresentação da doença é raro e tem importantes implicações no seguimento, nomeadamente nas opções terapêuticas.

Apresenta-se o caso de um homem de 45 anos, fumador, com antecedentes de úlcera péptica complicada por hemorragia, hipertensão arterial e cardiopatia isquémica que recorre ao serviço de urgência em novembro de 2014 por quadro suboclusivo precedido por quadro de diarreia com dejeções noturnas nas semanas anteriores. À admissão apresentava-se apirético, taquicárdico, com dor abdominal ligeira, anemia e PCR elevada (273 mg/L).

Realizado TC abdominal que revelou espessamento parietal do íleo terminal e cólon ascendente com distensão do delgado e cólon até ao ângulo hepático. A colonoscopia, com progressão até ao transversal, demonstrou estenose intratransponível rodeada por mucosa discretamente ulcerada e nodular. Biopsias com displasia de alto grau.

Foi submetido a ileocelectomia direita com ileostomia terminal – identificada fistula colo-duodenal na cirurgia – que revelou infiltrado inflamatório crónico do íleo terminal e adenocarcinoma do cólon transversal pT3N0R0G2L1V0,

pelo que o doente foi submetido a quimioterapia adjuvante. Durante o seguimento, o doente mantém-se assintomático, sem evidência de recidiva neoplásica. Apresenta calprotectina elevada e mucosa ileal congestiva, com erosões e pseudopólipos, na ileoscopia. Iniciada messalazina e aconselhada cessação tabágica. No momento pondera-se reconstrução do trânsito intestinal e foi referenciado a consulta de Genética para estudo. Apresenta-se o caso pela sua raridade e interesse na discussão da terapêutica médica e cirúrgica.

P 03

CISTO DE DUPLICAÇÃO ENTÉRICA – ACHADO INCIDENTAL EM ADULTO

Pedro Soares-Moreira¹, Mónica G. Sampaio¹, Cristina Silva¹, Carlos Peixoto², Marisa D. Santos¹

¹Serviço de Cirurgia Geral, Departamento de Cirurgia, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Abel Salazar, 4099-003 Porto, Portugal; ²Serviço de Anatomia Patológica, Departamento de Patologia, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Abel Salazar, 4099-003 Porto, Portugal

Introdução: Os cistos de duplicação do trato gastrointestinal (TGI) são malformações congénitas raras. A maioria é diagnosticada na infância precoce (em cerca de 72% dos casos até aos 2 anos de idade), sendo a apresentação no adulto muito rara. Apresenta-se um caso raro de um cisto de duplicação jejunal assintomática no adulto.

Caso clínico: Homem, 65 anos de idade, com lesão cística intra-abdominal, na região do hipocôndrio esquerdo, descoberta incidentalmente em ecografia reno-vesical realizada por queixas urinárias. Sem história de dor abdominal ou outras queixas gastrointestinais. A tomografia computadorizada abdominal confirmou a presença de lesão cística com 5 por 4cm em íntima justaposição com ansas de jejuno. Com base na suposição de se tratar de um cisto de duplicação entérica, foi realizada uma laparoscopia com excisão de lesão cística na dependência do mesentério ao nível jejunal. A abertura da peça operatória revelou um conteúdo compatível com líquido entérico e um aspeto macroscópico de mucosa intestinal na parede. O doente teve alta sem intercorrências no primeiro dia de pós-operatório. O diagnóstico foi posteriormente confirmado por histologia.

Discussão/Conclusão: Os cistos de duplicação entérica são lesões císticas raras do TGI no adulto. A apresentação clínica é variável, dependendo da localização, tamanho e padrão de revestimento da mucosa. O seu diagnóstico requer habitualmente a presença de uma ligação íntima ao trato gastrointestinal, camada de músculo liso na parede e revestimento epitelial típico de TGI. Neste caso foi um achado incidental e o tratamento consistiu na excisão cirúrgica da lesão, conforme sugerido pela literatura.

P 04

PNEUMOPERITONEU BENIGNO PÓS-COLONOSCOPIA

Filipe Borges¹, Nuno Carvalho^{1,2}, Isabel Nascimento¹, Miguel Fróis Borges¹, João Corte Real^{1,2}

¹Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta, Almada; ²Faculdade Medicina de Lisboa, Unidade Curricular Cirurgia I; Prof Dr. Paulo Costa

Introdução: A perfuração cólica é uma complicação rara da colonoscopia mas com morbi-mortalidade elevadas. O Pneu-

moperitoneu Benigno (PB) é definido por pneumoperitoneu sem evidência de peritonite associada.

Objetivo: Descrever caso de PB após colonoscopia

Material e métodos: Homem de 73 anos, quadro de dor abdominal difusa com 24 horas de evolução. Submetido 2 dias antes a colonoscopia com polipectomia aos 7 cm. A Tomografia Computorizada (TC) abdominal revelou “exuberante pneumoperitoneu que envolve todos os recessos abdominais e se estende às regiões inguino-crurais; pneumomediastino, pneumotórax com extenso enfisema subcutâneo na parede lateral direita. O doente foi submetido a laparotomia exploradora: enfisema subseroso de todo o cólon sem aparente perfuração; sem conspurcação peritoneal. Colocada drenagem torácica à direita. Evolução favorável; alta ao 8º dia internamento.

Discussão/Conclusão: A perfuração cólica por colonoscopia é uma situação rara mas de elevada gravidade. O PB é caracterizado pela presença de ar intra-abdominal, devido à passagem transmural de ar, sem peritonite associada. O seu tratamento é controverso. Casos selecionados podem ter abordagem conservadora com antibioterapia e pausa alimentar. Para a maioria dos autores a presença de pneumoperitoneu pós-colonoscopia tem indicação formal para laparotomia. O caso presente caracteriza-se por exuberante disseção tecidual por ar, em diferentes compartimentos anatómicos.

P 05

PREVALÊNCIA E FACTORES PREDITIVOS DE OBSTIPAÇÃO NUMA POPULAÇÃO HOSPITALAR

Azevedo R., Ribeiro H., Leitão C., Pinto J., Caldeira A., Sousa R., Pereira E., Tristan J., Banhudo A.

Hospital Amato Lusitano, ULS Castelo Branco

Introdução: A obstipação crónica (OC) constitui um distúrbio gastrointestinal comum, com prevalência estimada de aproximadamente 20%. A sua definição é subjectiva e difícil, havendo frequentemente discrepância entre obstipação auto-referida e obstipação segundo critérios clínicos.

Objetivo: Determinar a prevalência e factores preditivos de OC auto-referida e segundo os critérios de Roma IV, nos funcionários de um Hospital. Determinar a prevalência de uso de laxantes, assim como a sua relação com prescrição médica/auto-medicação.

Métodos: Estudo transversal entre Maio e Setembro 2016, através da distribuição de inquéritos. Avaliação dos hábitos alimentares, prática de exercício físico, medicação habitual e hábitos intestinais. Análise estatística com SPSS Statistics 20.

Resultados: Incluídos 202 funcionários (78% género feminino; idade média 42.9±11.2); 13% médicos, 32.2% enfermeiros, 32% assistentes operacionais e 21% administrativos. 32.6% fazem turnos nocturnos. 36.6% dos inquiridos cumprem os critérios de obstipação funcional Roma IV, valor significativamente superior aos 28.7% com obstipação auto-referida ($p<0.01$). O género feminino, aumento da idade, sedentarismo, baixa ingestão hídrica, utilização de fármacos obstipantes assim como trabalho nocturno por turnos apresentaram associação positiva com obstipação ($p<0.01$). 28.4% dos obstipados utilizam laxantes (28.6% por prescrição médica, 71.4% por auto-iniciativa), 95% dos quais apenas em SOS e apenas um caso de forma continuada.

14.9% dos obstipados referem não fazer laxantes por receio de habituação.

Conclusões: A prevalência de obstipação crónica na população em estudo segundo os critérios Roma IV foi superior à reportada na literatura e superior à auto-referida. É importante reconhecer os factores predisponentes para esta patologia de forma a intervir na sua prevenção.

P 06

RAFIA DO CÓLON SIGMÓIDE POR VIA LAPAROSCÓPICA REALIZADA PÓS-PERFURAÇÃO DURANTE COLONOSCOPIA DE RASTREIO

Filomena Soares, Vilma Martins, Ana Cristina Silva, Mónica G. Sampaio, Marisa D. Santos

Serviço de Cirurgia Geral, Departamento de Cirurgia, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Abel Salazar, 4099-003 Porto, Portugal

Introdução: A perfuração iatrogénica do cólon durante a colonoscopia é uma complicação rara (0,2 a 3%) com uma morbimortalidade que pode ser elevada. A resolução deste tipo de iatrogenia depende, em grande parte, da precocidade do diagnóstico e da opção terapêutica. A este propósito, apresenta-se um caso clínico de rafia do cólon sigmóide por via laparoscópica realizada pós-perfuração durante colonoscopia de rastreio.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 60 anos de idade, sem comorbilidades de relevo, submetida a colonoscopia de rastreio, tendo sido diagnosticada a presença de perfuração cólica durante a realização do procedimento. Foi enviada de imediato ao Serviço de Urgência onde, após realização de raio-x abdominal, lhe foi proposta intervenção cirúrgica. Na exploração laparoscópica detetou-se perfuração com 1 cm, no cólon sigmóide proximal, sem conspurcação da cavidade abdominal, pelo que se optou por colorráfia laparoscópica. Teve alta ao 4º dia de pós-operatório, sem evidência de complicações e com autonomia completa nas atividades de vida diária.

Discussão/Conclusões: Este é um caso demonstrativo de que o uso da laparoscopia, no tratamento das perfurações diagnosticadas precocemente, pode ser uma opção válida, equivalente em termos de eficácia à abordagem por laparotomia. Este tipo de abordagem, na presença de condições locais favoráveis, deve ser preferencialmente utilizada, apresentando como principais vantagens: menor morbilidade, menor tempo de internamento e um retorno precoce às atividades de vida diária.

P 07

CASO CLÍNICO – MORBILIDADE DE ILEOSTOMIA DE PROTECÇÃO: COMPLICAÇÃO OU OPORTUNIDADE?

Fróis Borges M., Góis C., Santos F., Carlos S., Cardoso R., Moniz Pereira P., Corte Real J.

Hospital Garcia de Orta

Introdução: A criação de uma ileostomia protecção (IP) é uma opção adequada para a protecção de uma anastomose distal em cirurgia colo-rectal. Para além de estar associada a morbilidade e mortalidade próprias, o timing ideal para o restabelecimento do trânsito intestinal (TI) é alvo de debate. Apresentamos um caso clínico de conversão de uma com-

plicação da IP (oclusão intestinal) em aproveitamento de oportunidade (restabelecimento definitivo do TI).

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 72 anos de idade submetido a ressecção anterior do recto por via laparoscópica (RAR VL) com ileostomia de protecção (IP) após quimioterapia (QT) e radioterapia neoadjuvantes por adenocarcinoma moderadamente diferenciado (ADC G2) dos 8 aos 12cm cuT3uN1M0. Ao 5º dia de pós-operatório, apresentou um quadro de distensão abdominal, vômitos e não funcionamento da IP que não resolveu com tratamento conservador, tendo por isso sido reintervencionado. Constatou-se uma oclusão intestinal alta por hérnia para-estomal com ansa aferente estrangulada. Optou-se pela desmontagem da IP com ressecção segmentar do delgado comprometido e anastomose. O pós-operatório decorreu sem outras intercorrências, tendo tido alta no 7º dia pós-desmontagem da IP (15º pós-RAR VL). A peça revelou um ADC G2 ypT1ypN2aR0, tendo o doente retomado a QT adjuvante 4 semanas após a alta (6 semanas após a RAR VL), já com o TI restabelecido.

Conclusão: Este caso é um exemplo a favor do encerramento precoce da IP em caso de RAR, que foi realizado com melhoria da qualidade de vida deste doente, sem alterar o curso da terapêutica oncológica.

P 08

IMPACTO DA INCONTINÊNCIA ANAL NA QUALIDADE DE VIDA

Rocha M.¹, Martins D.², Pereira G.¹, Barrias S.¹, Salgueiro P.¹, Castro-Poças F.¹, Pedroto I.¹

¹Centro Hospitalar do Porto; ²Centro Hospitalar Tondela Viseu (em estágio no CHP)

Introdução: A incontinência anal (IA) causa incapacidade física e psicológica, condicionando diminuição da qualidade de vida (QdV) dos doentes.

O questionário *Fecal Incontinence Quality Of Life (FIQL)* foi desenvolvido para avaliar o impacto da IA em 4 domínios: estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento.

Objetivos: Caracterizar uma população com IA e avaliar a sua QdV através do questionário validado *FIQL*.

Material e métodos: Análise retrospectiva de 54 doentes com IA propostos para biofeedback, que completaram o questionário *FIQL* entre 2007-2015. O *FIQL* é composto por 29 questões distribuídas por 4 domínios, cuja escala de pontuação varia de 1 - 4 (1=muito afetado; 4=não afetado) com exceção das perguntas 1 e 4 que variam de 1-5 e 1-6, respetivamente. Recolheram-se dados demográficos e clínicos.

Resultados: Incluídos 54 doentes, idade média 64 anos, 85% sexo feminino. Duração média IA: 9,4 anos. Vinte-e-seis doentes com incontinência passiva, 18 de urgência, ambas em 8 e soiling em 2. Treze doentes com incontinência para fezes formadas, 25 para fezes líquidas, 13 para ambas e 3 para gases. Trinta doentes com fator precipitante para IA. Vinte-e-cinco doentes com incontinência urinária associada. A mediana das pontuações do *FIQL* para estilo de vida foi 2,42, comportamento 1,76, depressão 2,54, constrangimento 2,00 e a global foi 2,13. Na incontinência passiva, a mediana da pontuação global do *FIQL* foi inferior (2 versus 2,59 para incontinência não passiva).

Conclusões: Os doentes com incontinência passiva têm

pior QdV. O domínio mais afetado foi o do comportamento, seguido do constrangimento.

P 09

RESSECÇÃO TRANS-VAGINAL DE GIST DO RECTO – UMA ABORDAGEM ALTERNATIVA, MINIMAMENTE INVASIVA

José Assunção Gonçalves, Rita Roque, Luís Féria, José Alberto Teixeira, Rui Maio

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Os tumores do estroma gastro-intestinal (GIST) do recto são raros. A ressecção cirúrgica continua a ser o pilar do seu tratamento definitivo. As abordagens habitualmente descritas, preconizam a via abdominal (ressecção anterior ou abdomino-perineal do recto) ou trans-anal (excisão, enucleação ou técnicas de ablação).

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 53 anos, com o diagnóstico de GIST localmente avançado do recto baixo, que apresentou uma boa resposta à terapêutica neo-adjuvante com imatinib durante 9 meses, período após o qual foi operada, submetida a ressecção trans-vaginal da lesão com 3 x 2 x 2 cm. Teve alta sem intercorrências no 2º dia pós-operatório. Encontra-se no 19º mês pós-operatório, clinicamente bem, sem sequelas cirúrgicas e sem evidência clínica ou imagiológica de recidiva. Manterá a terapêutica com imatinib até perfazer 3 anos.

Discussão e conclusões: A abordagem trans-vaginal é segura em casos criteriosamente seleccionados de neoplasias do recto baixo, poupando a morbilidade associada à ressecção anterior, inter-esfincteriana ou abdomino-perineal. A terapêutica neoadjuvante com imatinib foi muito eficaz, permitindo uma cirurgia minimamente invasiva.

P 10

PROCTITE INFECIOSA ATÍPICA

Vera Anapaz, Lourenço, Liliana Santos, Jorge Reis

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

A schistosomiase afeta cerca de 200 milhões de pessoas, havendo mais de 650 milhões de pessoas a viver em áreas endémicas, no entanto são raros os casos descritos em Portugal. Apresentamos o caso clínico de um doente do sexo masculino com 48 anos, com antecedentes pessoais de HIV 1, medicação com antirretrovirais (nevirapina, abacavir, lamivudina); com quadro de vômitos biliosos com cerca de 1 mês de evolução, anorexia não seletiva e perda ponderal de 3 kg. Referia ainda diarreia com predomínio diurno (~4 dejeções por dia), sem sangue ou muco. Analiticamente salienta-se eosinofilia 15,6% (1100 cel/mm³), sem leucocitose, aumento da fosfatase alcalina 161 U/L, velocidade de sedimentação de 61 mm na primeira hora, anticorpos anti equistosomose reativo (título 1/640). O resultado dos exames culturais às fezes foi negativo (coproculturas, pesquisa de ovos, quistos e parasitas). Realizou retossigmoidoscopia (até aos 25 cm da margem anal) que revelou no reto médio e distal áreas da mucosa com hiperémia, edema, muco e presença de nódulos amarelados. Realizaram-se biopsias do reto para exame parasitológico que revelaram ligeiro infiltrado inflamatório linfoplasmocitário com eosinófilos da lâmina própria e reação granulomatosa de tipo do corpo estranho em relação com estruturas ovóides calcificadas morfológicamente com-

patíveis com ovos de *Schistosoma* sugestivos de proctite a *Schistosoma*. O doente iniciou terapêutica com praziquantel 50 mg/kg, com melhoria sintomática.

P 11

COLECTOMIA NA COLITE ULCEROSA E COLITE NÃO CLASSIFICADA: EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

Rocha M., Salgado M., Lago P., Caetano C., Rocha A., Santos M., Pedroto I.

Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Avanços importantes ocorreram no campo da terapêutica médica da colite ulcerosa (CU)/colite não classificada (CNC) com o crescente número de fármacos disponíveis, mas a colectomia continua a estar indicada nalguns doentes.

Objetivo: Avaliar os outcomes dos doentes com CU ou CNC submetidos a colectomia.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com CU ou CNC submetidos a colectomia entre 1990-2015 num hospital terciário. Recolheram-se dados demográficos e clínicos. Os outcomes a longo prazo incluem pouchitis, doença Crohn de novo (DCn) e incontinência fecal (IF).

Resultados: Incluídos 29 doentes, 41,4% homens, 25 (86,2%) com CU, 4 (13,8%) com CNC. Pancolite em 23 (79,3%) doentes, 5 (17,2%) colite esquerda e 1 proctite. Dois doentes com *backwash ileitis* e 4 com antecedentes de abcesso ou fissura anal. Medicação pré-operatória: anti-TNF em 4 doentes, azatioprina em 5, terapêutica combinada em 5, corticosteroides em 16. As indicações para cirurgia foram refratariedade ao tratamento médico em 15 (51,7%), colite fulminante em 6 (20,7%), displasia/carcinoma em 7 (24,1%) e perfuração num doente. Duração média da doença antes da colectomia: 10,1 anos. Tempo médio de *follow-up*: 11,5 anos. Evolução pós-operatória: 10,3% infeções precoces, 27,6% DCn, 20,7% IF e 10,3% pouchitis. Dos 8 doentes com diagnóstico de DCn, 5 estavam previamente classificados como CU e 1 tinha antecedente de abcesso anal. Do total dos doentes operados, 15 ficaram sem terapêutica, 2 com biológico, 3 com azatioprina, 3 com terapêutica combinada, 5 apenas com 5-ASA, 1 com talidomida.

Conclusão: Grupo evolutivamente heterogéneo no que respeita às complicações e tratamento médico. 51,7% curados. É importante uma avaliação pré-operatória rigorosa para estabelecer um diagnóstico correto em doentes submetidos a colectomia, tendo em conta a percentagem de DCn.

P 12

RETIRADO

P 13

HEMOSPRAY® COMO PROFILAXIA DE HEMORRAGIA APÓS MUCOSECTOMIA DE GRANDES DIMENSÕES DO RETO

Luís Maia, Ricardo Küttner-Magalhães, Isabel Pedroto
Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto

Homem de 54 anos com doença renal crónica terminal sob hemodiálise, foi submetido a mucosectomia de *laterally spreading tumor granular*, Paris 0-Is, de 60mm do reto pro-

ximal, em retroversão. Apresentou hemorragia em toalha durante o procedimento, identificando-se área com vaso e coágulo. Procedeu-se à tentativa de aplicação de *endoclip* que não foi disparado no local ideal devido à difícil execução técnica pela posição em retroversão do aparelho. Decidiu utilizar-se o Hemospray® a recobrir a escara, cuja colocação decorreu sem intercorrências. Na revisão endoscópica às 48h apresentava úlcera pós-mucosectomia, sem complicações. Sem hemorragia nas semanas após o procedimento. Histologia a revelar adenoma tubular com displasia de alto grau. Sem recidiva de tecido adenomatoso aos 6 meses.

Apresenta-se o vídeo da mucosectomia e da aplicação de Hemospray® salientando os aspetos técnicos. A sua aplicação revelou-se segura e eficaz. A aplicação de Hemospray® está descrita na hemorragia digestiva alta e baixa agudas e recentemente na hemorragia pós-polipectomia. Assim se demonstra que os *sprays* hemostáticos tópicos podem ser uma opção na terapêutica e profilaxia de hemorragia pós-mucosectomia quando outras técnicas não foram eficazes ou são de difícil execução.

P 14

OCCLUSÃO INTESTINAL – UMA CAUSA RARA NA MULHER JOVEM

Alexandrino G., Carvalho R., Lourenço L., Sobrinho C., Horta D., Reis J.
Serviço de Gastrenterologia - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Sexo feminino, 30 anos, sem antecedentes. Recorre à urgência por vômitos, paragem de emissão de gases e fezes, distensão abdominal e dor abdominal difusa tipo cólica.

Observação: abdómen distendido, timpanizado, ligeiramente doloroso, sem defesa. PCR 0.51 mg/dL.

Radiografia simples abdómen: distensão cólica e stop na transição reto-sigmoideia. TC abdominal: “espessamento parietal concêntrico na transição reto-sigmoideia com dilatação das ansas a montante. Ascite ligeira”.

Submetida a laparotomia exploradora constatando-se processo inflamatório peri-uterino com envolvimento da parede anterior do reto. Fez-se ressecção anterior do reto com anastomose primária e ileostomia de proteção.

Anátomo-patologia: endometriose rectal e nodal, margens cirúrgicas livres.

Três meses depois fez retossigmoidoscopia até anastomose, com mucosa intensamente edemaciada e hiperemiada, com estenose inultrapassável. RMN pélvica: “útero bicórneo, múltiplas áreas de endometriose superficial e profunda, uma delas em contacto com a vertente anterior do reto alto, sem nódulos volumosos na zona da anastomose”.

Inicia tratamento com agonista LHRH durante 3 meses. RMN de reavaliação: “evolução favorável, redução dimensões dos focos de endometriose e franca redução do sinal, traduzindo evolução para fibrose”. Repete retossigmoidoscopia: melhoria da estenose, mas ainda infranqueável; dilatação endoscópica com balão TTS até 15 mm, seguida de cirurgia de reconstrução do trânsito. Após 3 meses doente assintomática.

A endometriose intestinal é uma causa rara de oclusão intestinal. O envolvimento intestinal é a localização extra-pélvica mais comum da doença, com prevalência 5.3%-12%. O reto-sigmoide são as porções mais envolvidas (90%), mas o envolvimento transmural é raro. O diagnóstico pré-operatório é desafiante, com múltiplos diagnósticos diferenciais, nomeadamente neoplasia.

P 15

COLITE COLAGENOSA E DOENÇA DE CROHN: INOCENTE OU CULPADO?

Marco Silva, Amadeu Corte-Real Nunes, Patrícia Andrade, Susana Lopes, Sara Gomes, Armando Peixoto, Rosa Coelho, Rui Morais, Jennifer Costa, Guilherme Macedo

Serviços de Gastrenterologia, Emergência e Anatomia Patológica do Centro Hospitalar São João

O diagnóstico de colite colagenosa após doença de Crohn é uma associação raramente descrita na literatura.

Homem de 73 anos de idade admitido no serviço de urgência por diarreia aquosa e emagrecimento desde há 2 meses. Tinha antecedentes de doença de Crohn ileal diagnosticada aos 34 anos de idade, tendo realizado duas enterectomias segmentares por estenose ileal e fistula enterocutânea. Ao longo do seguimento o doente recusou ser medicado com terapêutica imunomoduladora e biológica, pelo que estava medicado com mesalazina, embora com tomas irregulares do fármaco. A última avaliação endoscópica tinha sido colonoscopia 10 anos antes (doença em remissão endoscópica), recusando avaliações posteriores.

O doente negava dor abdominal ou febre. Analiticamente apresentava anemia com ferropenia, défice de ácido fólico, vitaminas D e K, lesão renal aguda e hipomagnesemia, hipocalcemia e hipocaliemia graves. Foi então internado numa unidade de cuidados intermediários com o diagnóstico presuntivo de doença de Crohn agudizada e iniciou terapêutica com prednisolona. As coproculturas foram negativas. Realizou-se ileocolonosopia que revelou duas estenoses do íleo terminal, sem outras lesões endoscópica do íleo ou mucosa do cólon. Realizou-se dilatação endoscópica de uma das estenoses e biópsias do cólon direito e esquerdo que revelaram aumento do número de linfócitos intraepiteliais e uma banda de colagénio, confirmando o diagnóstico de colite colagenosa. O doente apresentou melhora progressiva, recebendo alta hospitalar sob esquema de corticoterapia em desmame e mesalazina. Três meses depois apresentou recorrência dos sintomas com necessidade de readmissão em unidade de cuidados intermediários, tendo iniciado budesonida oral com resolução de sintomas.

P 16

REGRA DOS TRIÂNGULOS: UM ROTEIRO NA CIRURGIA TATME PARA EVITAR LESÕES

Patrícia Araújo Silva^{1,2,3}, André Goulart^{1,2}, Maria Sousa¹, Hugo Rios¹, Pedro Leão^{1,2,3}

¹Cirurgia Geral, Hospital de Braga; ²Instituto de Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga; ³CVS/3B's

Introdução: A excisão total do mesorrecto por via transanal (taTME) apresenta-se como uma nova e promissora técnica cirúrgica para a abordagem ao recto distal, oferecendo a capacidade de executar uma ressecção de elevada qualidade, com vantagens técnicas sobre a abordagem laparoscópica. Contudo, torna-se essencial a execução de relatórios técnicos detalhados acerca deste procedimento, de modo a familiarizar os cirurgiões com o procedimento, diminuir a curva de aprendizagem e evitar lesões a estruturas anatómicas importantes.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é descrever, em ambos os sexos, a dissecação circunferencial do recto na abordagem

TaTME, organizada em quatro triângulos conectados no centro do recto circular, numa direção caudal para cefálica, destacando as estruturas anatómicas mais importantes susceptíveis a lesão.

Métodos: Para este estudo anatómico descritivo consideramos todos os doentes com neoplasia do recto distal submetidos a taTME ou taTME híbrido, correspondendo a um total de 16 doentes.

Resultados: Apresentamos um roteiro anatómico cujos procedimentos devem ser executados sequencialmente por dissecação posterior, dissecação lateral e dissecação anterior, alertando para as principais estruturas anatómicas que passam em cada triângulo, de modo a evitar lesões aos órgãos adjacentes.

Os nossos resultados, embora com uma amostra reduzida, são consistentes e demonstram uma taxa de complicação imediata de 7.1%.

Conclusão: Acreditamos que, quando correctamente aplicada, esta abordagem anatómica provavelmente melhora a qualidade da cirurgia taTME e diminui a morbidade atribuída à inexperiência de execução deste novo procedimento cirúrgico.

P 17

REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO RECTAL COM AUXÍLIO DE OVERTUBE ESOFÁGICO

Marco Silva, Andreia Albuquerque, Armando Ribeiro, Armando Peixoto, Rui Morais, Sara Gomes, Frederica Gonçalves, Hélder Cardoso, Guilherme Macedo

Serviços de Gastrenterologia, Cirurgia Geral e Urgência do Centro Hospitalar São João

Descrição do caso: Homem de 56 anos de idade recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal e náuseas. Referia ter introduzido uma caixa de charutos no ânus 9h antes da admissão. A caixa era cilíndrica e tinha sido introduzida com a tampa. O raio x abdominal mostrou um objeto radiopaco localizado ao nível da transição reto-sigmóideia, sem sinais de perfuração. Foi, então, realizada rectossigmoidoscopia que confirmou a presença do objeto. Foram realizadas várias tentativas de extração com ansa de polipectomia, mas o objeto era longo e rígido não conseguindo passar ao nível da transição reto-sigmóideia. A introdução de overtube esofágico permitiu a retilinização da transição reto-sigmóideia e a desimpactação da porção distal do objeto. Com a porção distal do objeto fixa pela ansa de polipectomia conseguiu-se a sua passagem para o recto e, finalmente a sua extração com assistência manual. No final do procedimento realizou-se nova rectossigmoidoscopia que confirmou a ausência de complicações. O doente teve alta, assintomático.

Motivação: Os corpos estranhos impactados ao nível da transição recto-sigmóideia representam um dilema de qual a melhor forma abordagem para a sua remoção. A extração pode ser difícil e podem ocorrer complicações graves. Os autores destacam que este é o primeiro relato da utilização desta técnica para extração de um corpo estranho. A utilização de overtube esofágico pode permitir a retilinização da transição recto-sigmóideia e facilitar a remoção de corpos estranhos retidos a este nível.

P 18

COLOCAÇÃO DE PRÓTESE DO CÓLON PARA RESOLUÇÃO DE OCLUSÃO INTESTINAL POR NEOPLASIA DA CAUDA DO PÂNCREAS – UM CASO DE SUCESSO

Cardoso MF, Lourenço LC, Branco JC, Santos L, Rocha F, Dias W, Reis J

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Homem de 82 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma pancreático estadio IV (TNM) em Julho/16 por quadro de dor abdominal e vômitos, com CA 19.9 106413 U/mL e TC-TAP mostrando massa heterogênea com 13x13x9 cm na cauda pancreática, sem plano de clivagem com o baço, grande curvatura gástrica e rim esquerdo e com extenso secundarismo hepático e peritoneal. Iniciou quimioterapia paliativa com gencitabina.

Foi internado em Setembro/16 por oclusão intestinal. A radiografia de abdômen mostrou níveis hidro-aéreos de cólon e delgado e a TC Abdominal documentou envolvimento do cólon descendente/ângulo esplênico pela massa pancreática, com interrupção abrupta de calibre a esse nível e dilatação a montante, atingindo o cego 10 cm e o íleon 5 cm. Endoscopicamente, identificou-se, no cólon descendente, zona de mucosa edemaciada, hiperemiada e irregular condicionando estenose infranqueável pelo colonoscópio convencional, que fluoroscopicamente apresentava 2 cm de extensão. Procedeu-se a colocação de prótese metálica auto-expansível 25x90 mm, com sucesso técnico e clínico mantidos.

A oclusão intestinal por neoplasia do pâncreas é uma situação rara, estando descritos na literatura cerca de 30 casos de colocação de prótese do cólon neste contexto.^{1,2} O sucesso técnico e clínico da colocação de prótese em oclusão por neoplasia extra-cólica é de 42 a 100% e 25 a 87.5%,¹ respectivamente, sendo inferior ao reportado para o cancro colo-rectal.² Foi descrita também maior taxa de complicações³ e menor patência da prótese.⁴ Este é um caso de sucesso da utilização de uma prótese do cólon para resolução de oclusão intestinal por neoplasia do pâncreas.

Referências

1. Kim EJ, Kim YJ. Stents for colorectal obstruction: Past, present and future. *World J Gastroenterol.* 2016;22(2):842-852
2. van Hooft JE, van Halsema EE, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extra-colonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2014;46(11):990-1053
3. Keswani RN, Azar RR, et al. Stenting for malignant colonic obstruction: a comparison of efficacy and complications in colonic versus extracolonic malignancy. *Gastrointest Endosc* 2009;69:675-680
4. Luigiano C, Ferrara F, et al. Trough-the-scope large diameter self-expanding metal stent placement as a safe and effective technique for palliation of malignant colorectal obstruction: a single center experience with a long-term follow-up. *Scand J Gastroenterol.* 2011;46(5):591-596

P 19

FÍSTULA RETOVAGINAL NA APRESENTAÇÃO DE CANCRO DO RETO

Inês Sales, Paulo Alves, Nuno Rama, Vítor Faria

Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A fístula retovaginal pode ocorrer na sequência de trauma obstétrico, radiação, doenças inflamatórias intestinais, abscessos ou cirurgia ginecológica/anorectal, de entre outros. Na doente idosa, a etiologia mais provável inclui diverticulite, impaction fecal ou neoplasia, tornando-se

assim essencial a sua investigação clínica exaustiva.

Caso clínico: Doente de 72 anos com retorragias e alterações do trânsito intestinal associada a sinais de fistula retovaginal. Colonoscopia com biópsia identificou adenocarcinoma (ADC) estenosante aos 9 cm da margem anal. O estudo pélvico por RM demonstrou espessamento concêntrico e espiculado do reto numa extensão de 10cm, com aparente invasão do útero e adenomegalias mesorretais (cT4cN+). Sem evidência de disseminação metastática à distância. Realizada transversostomia em ansa e terapêutica neoadjuvante (radioquimioterapia – com 5 X 5 Gy) seguida de espera de 12 semanas. Procedeu-se a ressecção em bloco por via laparoscópica, tendo o pós-operatório decorrido sem incidentes, excetuando-se infeção urinária com boa resposta à antibioterapia. Estudo anatomopatológico revelou um ADC, pT4pN0, R0.

Discussão: Descreve-se o caso clínico com o intuito de alertar para a necessidade de excluir a etiologia neoplásica em doentes na sequência de investigação de fistula retovaginal. Adicionalmente salientamos a exequibilidade da abordagem minimamente invasiva em tumores pélvicos localmente avançados, desde que realizadas em centros com equipas multidisciplinares e tecnicamente experientes.

P 20

RETIRADO

P 21

DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA E CIRURGIA DE URGÊNCIA – A NOSSA REALIDADE

Marta Martins, Catarina Nora, André Magalhães, Catarina Longras, Diana Brito, Cristina Carvalho, Vânia Castro, Juliana Oliveira, José Monteiro, Vítor Costa, Paula Costa, Carlos Alpoim, José Pinto Correia

Hospital Senhora da Oliveira

Introdução: A doença diverticular é uma doença muito prevalente no ocidente, com grande impacto na qualidade de vida e na economia. A prevalência tem aumentado sobretudo nos mais jovens, que têm um maior risco de recorrência. A diverticulite foi classificada em diferentes estadios, uma vez que diferentes formas de apresentação associavam-se a diferentes taxas de morbilidade e de mortalidade. Formaram-se vários subgrupos, com base no grau e extensão da doença abdominal e pélvica identificada no momento da cirurgia, com o objetivo de prever os resultados após o tratamento cirúrgico da diverticulite complicada.

Descrição do caso: Descreve-se uma análise retrospectiva no período de janeiro de 2013 a junho de 2016 dos doentes operados de urgência por diverticulite aguda.

Discussão: Foram analisados 182 doentes com diagnóstico de diverticulite aguda (29% complicada e 71% não complicada). Dos doentes com diverticulite complicada foram operados 20 doentes em contexto de urgência. Destes, cerca de 53% homens e 47% mulheres, média de idade 62 anos. O colon sigmoide encontrava-se afetado em cerca de 85% casos, a média de dias de internamento foi cerca 9.5 dias. Foram classificados segundo a classificação e Hinchey modificada, destacando-se 20% (n=2) estadio II; 65% (n=13) estadio III e 15% (n=3) Foram submetidos a cirurgia de Hartmann;

15% (n=3), hemicolectomia direita; 15% (n=3) a lavagem e drenagem; 10% (n= 2) a sigmoidectomia. Cerca de 4 doentes necessitaram de admissão na UCIP no pós-operatório imediato. Em 3 doentes com quadro de choque séptico e peritonite generalizada (Hinchey 3) foram submetidos a lavagem e drenagem peritoneal. Como complicações registaram-se 1 evisceração, 2 fistulas colovesicais; 3 infeções de ferida abdominal, uma necrose da colostomia com necessidade de reoperação; 2 abscessos intrabdominais tratados conservadoramente. Na maioria dos doentes (95%) foi o primeiro episódio de diverticulite aguda. Cerca de 5 doentes foram submetidos a reconstrução do trânsito intestinal; 4 doentes recusaram; 3 doentes aguardam. A média de reconstrução foi de cerca de 12.6 meses. Não se registou casos de mortalidade

Conclusão: O tratamento da diverticulite é decidido com base na severidade da doença. Apesar de estudos recentes mostrarem segurança, em casos selecionados, da lavagem e drenagem peritoneal na diverticulite aguda complicada operada de urgência, na nossa instituição a cirurgia de Hartmann foi o procedimento mais realizado na urgência, apesar de sabermos da dificuldade de reconstrução do trânsito.

P 22

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE FÍSTULA URETORRETAL IATROGÉNICA COM OVER-THE-SCOPE CLIP (OTSC)

Rodrigues J. P., Proença L., Freitas T., Silva J., Ponte A., Sousa M., Carvalho J.

Serviço de Gastroenterologia - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 84 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por hematuria. Após várias tentativas infrutíferas de algaliação e suspeita de falso trajeto realiza TC Abdomino-Pélvico que demonstra a presença de bolhas gasosas anteriormente à região do complexo esfinteriano anal e no trajeto da uretra, hipercaptação das paredes uretrais e densificação dos planos envoltivos, alterações sugestivas do diagnóstico de fistula uretorretal. Realizou retoscopia que demonstrou no reto distal, imediatamente proximal à linha pectínea, um orifício fistuloso com cerca de 8mm; procedeu-se ao seu encerramento com *over-the-scope clip* (OTSC, *Ovesco Endoscopy*), sem intercorrências. O doente apresentou boa evolução clínica, teve alta hospitalar ao 7º dia de internamento, encontrando-se sem evidência de recorrência aos 2 meses de *follow-up*.

O sistema OTSC foi utilizado primariamente no tratamento de complicações da endoscopia, tais como a hemorragia e perfuração. Sucessivamente a sua aplicação tem sido alargada a outras patologias, tais como fistulas e *leaks* pós-operatórios. O princípio subjacente ao dispositivo reside na capacidade de encerramento da espessura completa da parede digestiva, permitindo assim a abordagem de fistulas de maiores dimensões. A sua taxa de sucesso no encerramento de fistulas ronda os 70%, sendo as fistulas retais um fator de risco para recorrência. Até à data são raros ou mesmo inexistentes os dados acerca da sua utilização, com sucesso, em fistulas uretorretais. Os autores apresentam o caso pela sua raridade e inovação, demonstrando a técnica com suporte de imagem.

P 23

PERFURAÇÃO POR ÁRGON-PLASMA

Fernandes J., Ramos R, Vicente C., Jardim S., Casteleiro C.

Centro Hospitalar Cova da Beira

As angiodisplasias correspondem a formações vasculares aberrantes, e figuram como uma causa importante de hemorragia digestiva. A sua localização mais frequente é no cólon direito. Na maioria das vezes o seu tratamento faz-se com recurso a árgon-plasma (APC).

Descrevemos o caso de um homem de 82 anos, enviado à nossa Unidade de Endoscopia para realização de endoscopia digestiva alta e baixa, no contexto de anemia ferropénica grave. Do estudo endoscópico, apenas destacamos uma angiodisplasia com cerca de 8 mm, no cego, que foi fulgurada no mesmo procedimento com recurso a árgon-plasma. Decorridos 13 dias da colonoscopia, o doente recorreu ao Serviço de Urgência por vômitos e dor abdominal. O estudo imagiológico por tomografia computadorizada abdominal, mostrou uma perfuração a nível da região do cego. Foi submetido a laparotomia com hemicolectomia direita e lavagem da cavidade peritoneal.

Alguns autores defendem a injeção submucosa de substâncias como forma de reduzir o risco de perfuração, ao aumentar a espessura da parede e ao diminuir a destruição térmica dos tecidos em profundidade. Esta variação denomina-se por técnica APC-híbrida.

Destacamos este caso pela grave complicação de uma técnica considerada segura, e pela importância que a injeção submucosa pode ter na profilaxia da perfuração.

P 24

LIPOMA COMPLICADO

Fernandes J., Ramos R, Vicente C., Casteleiro C.

Centro Hospitalar Cova da Beira

Os lipomas são uma das neoplasias mais frequentes do tubo digestivo. Habitualmente localizam-se na camada submucosa e raramente dão origem a sintomatologia.

Descrevemos o caso de um homem de 78 anos, com várias idas ao Serviço de Urgências por quadro de dor abdominal intermitente, com cerca de 8 meses de evolução e registo de um episódio de suboclusão intestinal nesse período. Realizou colonoscopia na nossa Unidade de Endoscopia, em regime de ambulatório, que revelou uma lesão com cerca de 10 cm, de cor amarelada, aparentemente submucosa, que ocupava a quase totalidade do lúmen, e que era sugestiva de lipoma. Procedeu-se à excisão da lesão supracitada, com recurso a ansa diatérmica, após aplicação de 3 endoloops. O procedimento decorreu sem complicações. O estudo histológico confirmou a suspeita de lipoma. O doente não voltou a apresentar episódios de dor abdominal (em seguimento há 6 meses).

Destacamos o caso pelo inusitado quadro clínico e pela resolução desta patologia sem recurso à cirurgia convencional.

P 25

RETIRADO

P 26

RESULTADOS FUNCIONAIS APOS RESSEÇÃO NOTES

– TATME POR CANCRO DO RETO

Maria Sousa¹, Carlos Veiga¹, Hugo Rios¹, André Goulart¹, Fernanda Nogueira¹, Mesquita Rodrigues¹, Carlos Moreno Sanz², Pedro Leão^{1,3}
¹Braga Hospital, Braga, Portugal; ²La Mancha Center Hospital, Alcazar de San Juan, Spain; ³Surgical Sciences Research Domain, Life and HealthSciences Research Institute (ICVS), School of HealthSciences, University of Minho, Braga, Portugal

Introdução: O desenvolvimento tecnológico e os ensaios experimentais realizados sobre NOTES permitiu a criação de novas técnicas cirúrgicas. Atualmente, a ressecção TaTME pode ser realizada em conjunto com uma abordagem transabdominal (NOTES-híbrido) ou através de uma abordagem exclusivamente transanal (NOTES puro). O conhecimento sobre os resultados funcionais após ressecção TaTME é bastante limitado. Contudo, é importante para o cirurgião discutir o significado dos efeitos na qualidade de vida associados a estas novas técnicas.

Objetivo: Avaliar os resultados funcionais e a implicação na qualidade de vida, nos doentes submetidos a ressecção TaTME por NOTES-puro e NOTES-híbrido.

Métodos: Estudo prospectivo que incluiu 16 pacientes submetidos a ressecção TaTME, durante o período de 2014 a 2016. Oito doentes foram submetidos ao procedimento NOTES-híbrido e os restantes a NOTES-puro. Os resultados funcionais foram medidos através de 3 escalas (Wexner, LARS e FIQoL) no pré-operatório, no 1º, 3º, 6º mês e 1 ano após cirurgia.

Resultados: Segundo a escala FIQoL verificou-se que todos os doentes apresentaram algum grau de incontinência fecal no pos operatório imediato, mas apresentaram uma melhoria substancial após 6 meses. A média da escala de Wexner foi de 11 no 1º mês e de 4 no 6º mês. No 1º mês verificou-se Major LARS em 91% dos doentes, havendo uma diminuição para 50% aos 6 meses e de 12,5% ao ano.

Discussão/Conclusão: A realização de ressecção TaTME tem vindo a ser objeto de muita discussão. Apesar de serem necessários mais estudos para corroborar estes resultados, o NOTES-TME parece ser uma boa alternativa cirúrgica, demonstrando potencial na preservação da continência fecal.

P 27

ISOTRETINOÍNA COMO POTENCIAL FATOR PRECIPITANTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL

Rocha M., Rodrigues A., Salgado M., Pereira S., Marcos-Pinto R., Pedroto I.

Centro hospitalar do Porto

O divertículo de Meckel resulta do encerramento incompleto do ducto vitelino, originando um verdadeiro divertículo do intestino delgado. Sendo a malformação congénita mais comum do trato digestivo, é contudo rara e frequentemente silenciosa. A associação da isotretinoína a lesões inflamatórias do tubo digestivo está evidenciada em várias publicações na literatura científica.

Apresenta-se o caso de um homem de 21 anos que recorre ao serviço de urgência por hematoquézias. Sem dor abdominal, diarreia, febre ou outra sintomatologia. Nega toma de

anti-inflamatórios não-esteróides. Quinze dias antes iniciou isotretinoína 40mg/dia (ácido 13-cis-retinóico), um análogo da vitamina A para o tratamento da acne.

Exame físico normal. Analiticamente, apresentava queda de hemoglobina de 6 g/dL. Ecografia abdominal normal. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Colonoscopia com progressão até ao íleon terminal, onde se observou área de mucosa congestiva com focos de hemorragia subepitelial e uma erosão de 3 mm (Histologia: ileíte inespecífica), sem outras alterações e sem sangue no lúmen.

Realizou cintigrafia para pesquisa de divertículo de Meckel que documentou um foco de captação anómala do radiofármaco no hipogastro sugestivo de corresponder a mucosa gástrica ectópica.

Proposto para diverticulectomia laparoscópica, cuja histologia da peça operatória confirmou o diagnóstico. Desde então, assintomático.

O presente caso ilustra uma causa rara de hemorragia digestiva, no qual a isotretinoína pode ter desempenhado um papel adicional, tendo em conta a forte associação temporal entre o início da clínica e a introdução do fármaco e o seu potencial efeito ulcerativo na mucosa digestiva.

P 28

VARIZES PANCÓLICAS GIGANTES IDIOPÁTICAS

Armando Peixoto, Marco Silva, Rui Morais, Pedro Pereira, Guilherme Macedo

Centro Hospitalar de São João - Serviço de Gastrenterologia Porto WGO
Training Center Porto Medical School - Universidade do Porto

Caso clínico: Sexo masculino, caucasiano de 54 anos. Referenciado para colonoscopia total de rastreio. Assintomático, sem história de perdas hemáticas visíveis. Antecedentes clínicos irrelevantes, nomeadamente sem aparentes factores de risco para doença hepática crónica. Sem antecedentes familiares significativos.

Colonoscopia Total (com ileoscopia): “Varizes tortuosas ao longo de todo o colon, do recto ao cego e válvula ileocecal, sem qualquer área de friabilidade ou ulcerações. Sem padrão de colopatía portal hipertensiva.”

Avaliação morfológica subsequente: Endoscopia alta, normal. Enteroscopia por vídeo-cápsula, normal. TAC abdominal normal. Angioressonância abdominal, normal. Elastograma hepático, normal. Estudos analíticos sem alterações, incluindo hemograma, provas hepáticas, estudo da coagulação, estudo de hipercoagulabilidade (crioglobulinas, anticardiolitinas, ICC, proteína S, proteína C, D dímeros). Marcadores tumorais: valores normais para CEA, AFP, PSA, Ca125, Ca19-9, Ca15.3.

Comentário: As varizes cólicas são causa muito rara de hemorragia digestiva. A forma ideopática (VIC) tem pouco mais de 30 casos descritos na literatura e sempre decorrentes de investigação de hematoquézias recorrentes ou outras formas de hemorragia digestiva súbita e grave. A sua versão mais comum ocorre geralmente no contexto de hipertensão portal (de qualquer causa, intra, pré ou pós-hepática) e afectam mais frequentemente apenas alguns segmentos do colon. O mapeamento imagiológico é importante para determinar a extensão desta anomalia vascular e para eventualmente considerar a abordagem cirúrgica, muitas vezes uma solução de recurso em urgência. A opção clínica adoptada neste caso,

permanecendo o doente totalmente assintomático, é o da vigilância clínica exclusiva.

P 29

EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE COLOPROCTOLOGIA – DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Marisa Peralta Ferreira, Diogo Albergaria, Susana Ourô
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A Doença Inflamatória Intestinal (DII), engloba Doença de Crohn (DC), Colite Ulcerosa (CU) e Colite Indeterminada (CI).

A terapêutica tem como objectivos a indução e manutenção da remissão clínica/ endoscópica, melhoria da qualidade de vida, a diminuição de internamentos e do risco neoplásico. A cirurgia surge perante a refractariedade à terapêutica médica e complicações da doença.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de uma Unidade de Coloproctologia dos doentes operados entre Junho 2012 e Setembro 2016, com diagnóstico de DII, excluindo cirurgia proctológica.

Resultados: População: 43 doentes, 26 homens (mediana idades 41) e 17 mulheres (mediana idades 42). Diagnóstico: 37 (86%) doentes com DC, 6 (14%) com CU. Procedimento: 34 (79%) electivo, 9 (21%) urgente. Diagnóstico pré-operatório: DC- estenose ileocecal 13 (35%), estenose ileal 8 (22%), doença fistulizante ileal 7 (19%), outros 9 (24%); CU- refractariedade terapêutica 4 (66%), neoplasia associada 1 (17%), colite fulminante 1 (17%). Cirurgia: DC- ressecção ileocecal 26 (70%), enterectomia segmentar 4 (10%), outros 7 (20%); CU- cirurgia em três tempos 5 (83%) doentes e cirurgia em dois tempos 1 (17%) doente. A via laparoscópica foi realizada em 15 (35%) doentes. Mortalidade: 0. Morbilidade: 9 (21%) casos, 2 (22%) Clavien-Dindo II, 7 (78%) Clavien-Dindo IIIB.

Conclusão: A complexidade da DII revela-se na ampla gama de apresentações da doença bem como de opções terapêuticas. Estas deverão basear-se sempre numa abordagem multidisciplinar, na qual a cirurgia surge, por vezes, como a última opção de tratamento.

P 30

O IMPACTO DA GORDURA VISCERAL NOS DOENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA COLORRETAL ONCOLÓGICA

André Goulart, Nuno Malheiro, Hugo Rios, Fernanda Nogueira, Pedro Leão, Mesquita Rodrigues
Cirurgia Geral - Hospital de Braga

Introdução: A relação entre a gordura visceral e os resultados cirúrgicos dos doentes com cancro colorretal (CCR) ainda não se encontra completamente definida, sendo que a literatura mais recente apresenta resultados discordantes.

Objetivo: Determinar a relação da gordura visceral com os resultados cirúrgicos, oncológicos e sobrevida nos doentes submetidos a cirurgia por CCR com intenção curativa.

Material e métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes submetidos a cirurgia por CCR com intenção curativa entre janeiro de 2007 e dezembro de 2009 no Hospital de Braga. A área de gordura visceral de cada doente foi quantificada pelo programa ImageJ® e os doentes foram divididos

em quartis para análise estatística. Foram utilizados modelos de regressão linear para análise estatística entre a gordura visceral e variáveis cirúrgicas e oncológicas. Foi também realizada uma análise de sobrevida global e livre de doença através do modelo Kaplan-Meier.

Resultados: Foram incluídos 199 doentes (129 com neoplasia do cólon e 70 com neoplasia do reto). Nos doentes com CCR a gordura visceral apresentava uma relação positiva com a morbimortalidade ($p=0,043$), deiscência da anastomose ($p=0,009$) e reoperação ($p=0,005$). O subgrupo dos doentes com neoplasia do cólon apresentava uma relação inversa entre a gordura visceral e o número total de gânglios removidos ($p=0,027$). Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos na análise de sobrevida global e de sobrevida livre de doença.

Conclusão: Os doentes com áreas maiores de gordura visceral apresentam maior taxa de complicações cirúrgicas. Não há diferença na sobrevida global e livre de doença.

P 31

RESSECÇÃO ANTERIOR DO RECTO COM ABORDAGEM TRANSANAL: EXPERIÊNCIA INICIAL EM 12 CASOS

Júlio Leite, A. Manso, Alexandre Monteiro, Ana Oliveira, Manuel Rosete, F. Castro Sousa.

Clinica Universitária de Cirurgia III da FMUC Serviço de Cirurgia A CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

A excisão de tumores rectais baixos por via laparoscópica é difícil, particularmente nos homens e em doentes obesos. A abordagem interesfintérica e transanal poderá constituir uma boa alternativa e apresentam-se os resultados iniciais com esta técnica.

Métodos: Entre Setembro 2013 e Julho 2016 foram avaliados 12 carcinomas rectais baixos selecionados para a técnica transanal, com registo prospectivo dos dados.

Resultados: Nos 12 casos (7 mulheres) a neoplasia situava-se em média a 1,5 cm (0,5-3,0) da linha dentada. Após dissecação interesfintérica precedeu à exérese transanal com Gelpoint em 9 doentes. A anastomose colo-anal foi efectuada com EEA nº 33 em 4 casos e manualmente nos restantes. Ocorreu uma lesão do ureter esquerdo, identificada no tempo abdominal, sendo reimplantado na bexiga após conversão. O pós-operatório médio foi de 9 dias (entre 4-20), tendo 2 doentes quadro suboclusivo prolongado. O mesorrecto estava incompleto num caso e a margem lateral invadida noutra. As peças continham 14 gânglios em média (entre 4-20). Não surgiram recidivas locais ou à distância (*follow-up* médio de 16 meses, entre 5-36).

Conclusão: Os resultados iniciais da ressecção transanal em tumores rectais baixos são promissores, mas sugerem ser necessária adequada aprendizagem e registo prospectivo de todos os casos.

P 32

RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA EM DOENTE DO SEXO MASCULINO

Júlio S. Leite, Henrique Alexandrino, Ana Oliveira, F. Castro Sousa
Clinica Universitária de Cirurgia III da FMUC Serviço de Cirurgia A CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

O prolapso rectal é raro no homem, sendo geralmente atribuído a obstipação associada a excessivo esforço defecatório.

A abordagem habitual é perineal mas actualmente admite-se a vantagem da rectopexia ventral laparoscópica (RVL).

Um doente de 43 anos apresentava obstrução defecatória e prolapso rectal completo com 8 cm desde a infância; a pressão anal basal era baixa e existia intussuscepção na defecografia. No vídeo confirma-se a presença de fundo de saco rectovesical profundo, com mobilidade mesentérica rectal. Procedeu-se à incisão do peritoneu a nível do promontório sagrado, com atenção à veia ilíaca esquerda e aos nervos hipogástricos. A dissecação progrediu distalmente à direita do mesorrecto até ao plano entre a bexiga/vesículas seminais/próstata e o recto e excisou-se o excesso peritoneal. Colocou-se uma rede de 20/4cm na face ventral do recto, fixando-se com pontos musculares separados de ethibond 2/0 e alguns no no recto intraperitoneal. Fixou-se a rede ao promontório com 3 tacks e encerrou o peritoneu pélvico.

O doente teve alta ao 3º dia e está assintomático após 9 meses. Este caso sugere que a RVL no homem é uma intervenção eficaz e com rápida recuperação pós-operatória.

P 33

CIRURGIA ELECTIVA NA DIVERTICULITE AGUDA RECORRENTE – ANÁLISE CASUÍSTICA

Marta Martins, Catarina Longras, Catarina Nora, Cristina Carvalho, Vânia Castro, André Magalhães, Paula Costa, Vítor Costa, Carlos Alpoim, José Monteiro, José Pinto Correio

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: A doença diverticular é uma doença muito prevalente no ocidente, contudo, não existe um tratamento conservador comprovadamente eficaz na prevenção de novos episódios e a cirurgia eletiva acarreta riscos, não havendo atualmente indicações concretas. A cirurgia deve ser realizada após a recuperação do doente e sua indicação é baseada individualmente em cada caso.

Descrição do caso: Descrição dos doentes operados eletivamente por diverticulite aguda recorrente no período de janeiro de 2013 a junho de 2016.

Discussão: Durante o período referido foram internados cerca de 182 doentes com o diagnóstico de diverticulite aguda, tendo sido operados cerca de 21 doentes de forma eletiva, 8 do sexo masculino (38%), 13 do sexo feminino (62%), com uma mediana de idade de 62 anos (45-78). Foram submetidos a sigmoidectomia cerca de 17 doentes (80%); hemicolecotomia esquerda 2 doentes (10%); colecotomia subtotal 2 doentes (10%). A mediana de episódios prévio foi de 3 episódios (2-7). Na análises dos episódios prévios, cerca de 11 doentes (51%) apresentaram episódios de diverticulite aguda não complicada; 2 doentes (9%) apresentaram estagio Ib (Hinchey); 6 doentes (28%) estadio II, cerca de 2 doentes (9%) estadio III. Sendo que cerca de 6 doentes apresentaram episódios de diverticulite aguda complicada e não complicada em episódios subsequentes. A mediana de dias de internamento de todos os episódios foi de cerca de 20 dias. Como complicações destacam-se 3 infeções da ferida operatória; 3 eventrações e 1 coleção perianastomótica tratada conservadoramente. Não encontramos associação entre o numero de episódios prévios e as complicações pós-operatórias. Não se registou casos de mortalidade.

Conclusão: A recorrência da diverticulite é frequente, uma

vez que ocorre em um terço dos doentes após um episódio inicial, sendo o risco superior nos primeiros 12 meses. Apesar de não haver consenso, o risco cumulativo de novas crises sempre será maior nos pacientes mais jovens, uma vez que a expectativa de vida é mais longa. Logo, é aconselhável informar ao paciente os riscos e benefícios, permitindo que a decisão seja tomada conjuntamente.

Portanto, a indicação deve ser, baseada no doente, na sua idade, comorbidades e sintomatologia. Na nossa população apesar de um elevado número de doentes com diverticulite aguda apenas 11% dos doentes realizaram cirurgia eletiva.

P 34

RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CARCINOMA LOCALMENTE AVANÇADO DO RECTO: ESQUEMA LONGO OU ESQUEMA CURTO?

João Casalta-Lopes^{1,2}, Andreia Ponte¹, Inês Nobre-Góis¹, Tânia Teixeira¹, Mário Rui Silva³, Rosário Lebre⁴, Anabela Barros⁴, Margarida Borrego¹

¹Serviço de Radioterapia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Unidade de Biofísica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O tratamento do carcinoma localmente avançado do recto (CLAR) consiste habitualmente em Radioterapia (RT) seguida por Cirurgia. Existem 2 esquemas para RT neoadjuvante: o longo (EL), com quimioterapia (QT), e o curto (EC).

Objetivos: Comparar resposta e toxicidade de EL e EC em doentes com CLAR, e avaliar o impacto nas sobrevivências livre-de-doença-locorregional (SLDRL), livre-de-doença (SLD), global (SG) e específica-de-doença (SED).

Material e métodos: Incluídos doentes com CLAR tratados entre 2002 e 2015 com RT neoadjuvante EL ou EC. Resposta avaliada por grau de regressão de Ryan (GRT); toxicidade pela escala CTCAE4; sobrevivências por Kaplan-Meier; erro-tipo I=0,05.

Resultados: Incluídos 290 doentes de EL e 73 de EC. Os de EC tinham idade superior e Karnofsky inferior aos de EL (p<0,001). Estadiamento cT3 em 75,5%; mais cN+ submetidos a EL (p<0,001). Maior toxicidade aguda no EL (75,2% vs. 2,7%, p<0,001), com 10% grau 3-4.

Cirurgia curativa em 279 doentes após EL e 68 após EC; 70,6% cirurgias conservadoras e 88,5% R0, sem diferenças entre esquemas. Mais tumores com invasão linfovascular com EC (23,9% vs. 7,5%, p<0,001).

GRT 0-1 em 27,2% vs. 9,0% (EL vs. EC, p=0,002), resposta loco-regional em 80,3% vs. 73,5% e resposta completa em 15,1% vs. 10,6%.

Sem diferenças em complicações pós-operatórias (p=0,596). Mais doentes EL realizaram QT adjuvante (p<0,001).

GRT 0-1 teve impacto significativo positivo na SLDRL (p=0,022), SLD (p=0,003), SG (p<0,001) e SED (p=0,003). A ausência de IVL teve impacto positivo na SLD, SG e SED (p<0,001).

Conclusões: O EL está associado a melhor resposta tumoral do que o EC, com impacto nas sobrevivências, sem mais complicações pós-operatórias e com toxicidade aguda acrescida tolerável.

P 35

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO CANAL ANAL:

ESTADIO IV – RELATO DE CASO

M. Ferreira, N. Guimarães, H. Ribeiro, J. Neves, H. Morais, J. Pinho, V. Vieira, N. Azenha, I. Borges, A. Fonseca, R. Dias, A. Matos, J. Cecílio, L. Conceição

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Distrital da Figueira da Foz

Os tumores do canal anal são raros, sendo o carcinoma epidermóide o mais frequente. Este é mais detetado em estádios precoces (T1/T2N0), cujo prognóstico é favorável.

A clínica mais frequente são as retorragias, dor, sensação de massa anal, prurido ou muco.

Atualmente, o tratamento passa pela preservação dos esfíncteres através da quimiorradioterapia, ficando a amputação abdomino-perineal como procedimento de última linha.

Apresentamos um caso que ocorreu este ano. Tratava-se de uma paciente do sexo feminino de 54 anos, com tumefação inguinal esquerda com 6 meses de evolução.

Após anamnese detalhada, identificou-se que este achado coincidiu com o agravamento de ciatalgia direita. Concomitantemente havia história de perda de peso (12,3% em 6 meses), astenia, anorexia e obstipação, com episódios esporádicos de retorragias, que a doente atribuía a patologia hemorroidária. Ao exame objetivo, apresentava adenopatias inguinais esquerdas e lesão vegetante do canal anal cujo diagnóstico histológico foi de carcinoma epidermóide bem diferenciado do canal anal, com metastização ganglionar.

Foi feito o estadiamento da lesão, mostrando volumosa neoplasia pélvica de origem no canal anal com invasão de estruturas pélvicas, destruição óssea e metastização à distância (pulmonar e hepática) - T4N3M1 – Estadio IV.

Perante o diagnóstico, a doente foi orientada para quimiorradioterapia paliativa.

Com este trabalho pretendemos mostrar que, apesar do carcinoma anal ser uma patologia com baixa incidência, particularmente em estádios avançados, estes ainda ocorrem. É essencial o diagnóstico precoce e estar alerta para os sintomas que, à primeira vista, poderão não estar relacionados e que, erroneamente, são atribuídos a patologias benignas.

P 36

COLORECTAL INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS BY LAPAROSCOPY (CRIAL) – NOVA ABORDAGEM DE RECONSTRUÇÃO RECTAL LAPAROSCÓPICA

Vânia Fernandes, Joana Almeida, Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira, Inês Romero, Cristina Martinez, Susana Costa, João Pinto-de-Sousa

Unidade de Cirurgia Colorectal – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A ressecção anterior do recto (RAR) pós radioterapia (RT) neoadjuvante tem um risco elevado de deiscência da anastomose colorectal (até 30%). A abordagem laparoscópica, com anastomose intra-corporal e com extração da peça operatória no final da cirurgia - CRIAL, associada a drenagem transanal (TAT), é uma técnica inovadora, com o objetivo de melhorar os resultados clínicos, diminuindo a agressão da parede abdominal e a tração dos mesos.

Objetivo: Análise prospetiva dos resultados clínicos (tempo de internamento, morbidade e taxa de deiscência de anas-

tomose colorectal) em doentes submetidos a RAR baixa após RT, sem estoma de proteção.

Métodos: Cirurgia: Após a completa mobilização do segmento colorectal a ressecar, efetua-se a secção do recto distal com iDrive. Por alargamento da porta do quadrante inferior direito, cerca de 2cm, é introduzida na cavidade abdominal a cabeça da máquina circular com o espigão associado. Realiza-se colotomia distal à zona de futura secção do cólon, com introdução intraluminal da cabeça da máquina e exteriorização do espigão no bordo antimesentérico. Secção cólica com iDrive e anastomose colorectal lateroterminal. Remoção da peça pela incisão, previamente alargada, da porta do quadrante inferior direito. Colocação de drenos TAT e intra-abdominal.

Avaliação de dados demográficos e resultados clínicos.

Resultados: Entre novembro de 2013 e setembro de 2016, foram sujeitos a RAR pós RT neoadjuvante, sem estoma de proteção, 13 doentes, com idades entre os 43 e os 83 anos. O tempo de internamento variou entre 4 e 33 dias, com uma mediana de 5 dias de internamento. Apenas houve uma deiscência de anastomose (7,7%), tendo sido efetuada uma laparoscopia com criação de ileostomia derivativa. Três doentes apresentaram uma complicação classe 1 de Clavien-Dindo, sem outras morbilidades.

Conclusão: A abordagem laparoscópica do recto médio e inferior, pós RT, com anastomose primária (CRIAL) e dreno transanal (TAT) permite uma baixa taxa de complicações anastomóticas e uma rápida recuperação clínica do doente, levando a tempo de internamento curto e evitando nova cirurgia para encerramento de estomas.

P 37

TÉCNICA DE MARTIUS - UMA ALTERNATIVA NA FÍSTULA RETOVAGINAL RECIDIVANTE

Joana Simões, Laura Donas Boto, Fábica Cruz, Filipa Eiró, Sandra Carlos, Filipa Santos, Rui Cardoso, Pedro Moniz Pereira, João Corte Real

Hospital Garcia de Orta

Introdução: O tratamento da fistula retovaginal é um desafio cirúrgico tanto na decisão de adequar a técnica a cada caso particular, como pelas condições de cicatrização locais que podem comprometer o sucesso terapêutico.

Descrição: Apresentamos um vídeo que ilustra a técnica do Retalho de Martius, uma das técnicas que se pode utilizar para o tratamento da fistula retovaginal. Esta técnica visa o isolamento de um retalho muscular e adiposo que inclui o músculo bulbo-esponjoso e o tecido adiposo situado entre este músculo e o ísquio-cavernoso, mantendo a sua vascularização através de ramos das artérias pudendas interna e externa. Após a identificação, disseção e rafia dos orifícios fistulosos vaginal e retal, este retalho é interposto entre os 2 defeitos funcionando como reforço das suturas e como barreira para que o trajeto fistuloso não recidive. Adicionalmente, através da sua vascularização própria (cuja manutenção deve ser cuidadosa no decorrer do procedimento) promove a neovascularização local.

O caso reportado refere-se a uma doente de 49 anos cuja fistula retovaginal foi consequência de uma episiotomia. Foi submetida a múltiplas intervenções fora do nosso hospital que a doente não sabe especificar, a última das quais foi a

colocação de *plug* já no nosso serviço há 4 anos.

Conclusão: O Retalho de Martius afigura-se como uma alternativa terapêutica para fistulas retovaginais recorrentes. A literatura apresenta taxas de cicatrização entre os 33 e os 100%, embora os números mais consensuais para esta técnica se situem nos 65-70%, dependendo da etiologia da fistula.

P 38

TATME - EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA COLORECTAL

Susana Ourô, Paulo Roquete, César Resende, João Ramos, Damião Ferreira, Rui Maio

Hospital Beatriz Ângelo e Hospital da Luz - Grupo Luz Saúde

Introdução: A neoplasia maligna coloretal tem uma elevada prevalência nas sociedades ocidentais, sendo a 4ª mais prevalente em Portugal. Nos últimos anos tem-se assistido a um enorme desenvolvimento nas ferramentas diagnóstico-terapêuticas e a uma crescente abordagem laparoscópica. No entanto, persistem dificuldades no tratamento dos doentes com neoplasia do recto distal, não só no que concerne a resultados oncológicos como de qualidade de vida. O garante de uma qualidade óptima da peça cirúrgica e de margens se ressecção associa-se a grande dificuldade técnica sobretudo em indivíduos de sexo masculino com pélvis estreitas, obesos e com tumores do terço inferior do recto.

Neste contexto, a técnica de excisão total do recto via transanal (TaTME) surge como uma alternativa segura e reprodutível em relação à técnica laparoscópica “clássica”, com bons resultados oncológicos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e apresentação da casuística dos doentes com o diagnóstico de neoplasia maligna do recto submetidos a TaTME de duas Unidades de Coloproctologia do Grupo Luz Saúde. Os autores apresentam a sua primeira série de 16 doentes, pormenores técnicos, indicações que adoptam e curva de aprendizagem.

Conclusão: A complexidade do tratamento da neoplasia maligna do recto conduziu à introdução de novas e exigentes técnicas cirúrgicas, entre as quais a TaTME. Esta nova visão da cirurgia do recto exige, no entanto, diferenciação em laparoscopia avançada e uma relevante curva de aprendizagem.

P 39

RESULTADOS DA CIRURGIA TRREMS (TRANSANAL REPAIR OF RETOCELE AND RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR STAPLER) NO TRATAMENTO DO RETOCELO ASSOCIADO A PROLAPSO DA MUCOSA RECTAL

Joana Isabel Almeida, Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira, Cristina Martinez Insua, Susana Costa, Inês Romero, João Pinto-de-Sousa

Unidade de Cirurgia Coloretal - Serviço de Cirurgia Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: O anorectocelo anterior associado a prolapso da mucosa rectal constitui uma das causas mais comuns da Síndrome de Obstrução Defecatória (SOD). O TRREMS (*Transanal repair of retocelo and rectal mucosectomy with one circular stapler*) torna possível a correcção do retocelo

e do prolapso mucoso do recto com um único disparo da máquina circular.

Objetivo: O objetivo do trabalho é avaliar os resultados do procedimento TRREMS no tratamento do retocelo associado a prolapso da mucosa rectal em doentes com SOD.

Materiais e métodos: Análise de base de dados específica para doentes submetidos a cirurgia TRREMS. Entre Agosto de 2010 e Janeiro 2016 foram intervencionados 26 doentes pela técnica TRREMS, com *follow-up* médio de 17 meses (1 – 56).

Resultados: Todas as doentes apresentavam Síndrome de Obstrução Defecatória, que não resolveu com tratamento médico. As 26 doentes apresentavam retocelo associado a prolapso da mucosa rectal. Foram identificadas no total 7 recidivas (26.9%). Das doentes com recidiva, 6 apresentavam prolapso do compartimento central. Nas 19 doentes sem recidiva, 3 (15.8%) necessitaram da toma de laxantes após o *follow-up*. Uma das doentes apresentou quadro de incontinência para gases, com melhoria espontânea. Uma doente referiu dor perianal, também com melhoria espontânea.

Discussão/Conclusão: O procedimento TRREMS é seguro e efetivo para o tratamento do Síndrome de obstrução defecatória, quando esta é condicionada por retocelo associado a prolapso mucoso sem prolapso do compartimento central.

P 40

AVALIAÇÃO DE RECORRÊNCIAS DE FÍSTULAS ANAIS APÓS CIRURGIA LIGATION OF INTERSPHINCTERIC FISTULA TRACT (LIFT)

Joana Isabel Almeida, Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira, Cristina Martinez Insua, Susana Costa, Inês Romero, João Pinto-de-Sousa

Unidade de Cirurgia Coloretal - Serviço de Cirurgia Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Portugal

Introdução: A técnica de laqueação do trajeto fistuloso no espaço interesfincteriano (LIFT), tem-se mostrado um tratamento promissor no tratamento das fistulas transfincterianas, estando associada a baixa incidência de alterações de continência e baixa taxa de recidivas.

Objetivo: Avaliar os resultados da técnica LIFT e padrão de recorrência após cirurgia.

Materiais e métodos: Estudo por consulta de base de dados prospetiva relativa aos doentes submetidos a cirurgia LIFT, no período decorrido entre Janeiro de 2010 e Outubro de 2016. Foram intervencionados 67 doentes pela técnica LIFT com *follow-up* entre 1 e 59 meses.

Resultados: A amostra foi de 67 doentes, 64,2% homens e 35,8% mulheres, com idade média de 48,2 anos (19-82). Foram identificadas 14 doentes (20.9%) com recorrência de fistula anal, após cirurgia LIFT. O padrão de recorrência foi fistula interesfincteriana em 6 doentes, 7 com fistula transfincteriana e 1 com fistula rectovaginal. Os doentes com recidiva interesfincteriana foram submetidos a fistulotomia, encontrando-se sem recidiva. Nos doentes com recidiva transfincteriana, a taxa de sucesso de novo LIFT foi de 33.3%. A doente com recidiva rectovaginal foi submetida a fistulotomia com reconstrução imediata do esfíncter. Nenhum dos doentes apresentou alteração da continência.

Conclusão: A cirurgia LIFT tem uma taxa de recorrência de 20,9%, sendo que 42,9% das recidivas se apresentaram sob a

forma de fistula interesfincteriana. A realização de novo LIFT nas recidivas transesfincterianas tem uma taxa de sucesso de 33,3%. Não foram encontradas alterações de continência após a cirurgia LIFT. Esta é uma abordagem de eleição no tratamento das fistulas transesfincterianas.

P 41

TUMORES PRÉ-SAGRADOS – SÉRIE DE 4 CASOS CLÍNICOS

Mariana Sousa, José Assunção Gonçalves, Pedro Amado, Luís Féria, Hermano Garcia, José Damião Ferreira, Rui Maio
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Beatriz Ângelo 1 Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Luz

Introdução: Os tumores pré-sagrados (ou retro-rectais) constituem uma entidade rara, sem critérios uniformes de tratamento. Apresentam habitualmente uma sintomatologia e exame objetivo frustrante. A maioria tem natureza benigna, mas frequentemente apresentam características biológicas agressivas, que requerem tratamento cirúrgico radical.

Objetivos: Relatar a experiência de uma série de 4 casos, operados entre Fevereiro de 2015 e Janeiro de 2016.

Material e métodos: Descrever o caso clínico de mulher de 61 anos com angiomixoma agressivo do recto, e homem de 25 anos com cordoma justa-coccígeo, operados por abordagem de Kraske; mulher de 45 anos com linfangioma quístico, operada por via laparoscópica; e mulher de 34 anos com hamartoma quístico, operada por laparotomia. Faz-se uma breve revisão teórica de cada uma das entidades anatomo-patológicas.

Discussão/Conclusões: A abordagem cirúrgica dos tumores pré-sagrados depende da natureza, extensão e localização da lesão, devendo minimizar a morbilidade. É fundamental o planeamento pré-operatório e o trabalho em equipa multidisciplinar. Nesta série estão presentes tipos particularmente raros de tumores pré-sagrados, que representaram um acrescido desafio diagnóstico e terapêutico.

P 42

DEFECOGRAFIA DINÂMICA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (DfRM) – UMA AVALIAÇÃO ON REPEAT

Roseira J, Vieira AM, Saraiva J, Santos B, Marreiros A, Sousa HT, Queirós P, Antunes AG, Vaz AM, Gago T, Contente L, Guerreiro H.
Centro Hospitalar do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão Departamento de Ciências Biomédicas - Universidade do Algarve

As disfunções defecatórias (DD) exigem abordagem clínica inicial e estudo fisiológico da defecação. Aspectos particulares são caracterizados com recurso a técnicas adicionais, por forma a estabelecer-se plano terapêutico médico/médico-cirúrgico individualizado.

Objetivo: Avaliar o impacto diagnóstico potencial da DfRM num centro sem manometria anorretal.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com DD que realizaram DfRM, seguidos em consulta de Proctologia Terapêutica (Pt) ou Gastreenterologia. Investigação em Ressonância Magnética 1.5T; posição supina; impregnação do reto com gel ecográfico; imagens ponderadas em T1/T2; avaliação dinâmica: Repouso, contração esfíncteriana máxima, fases valsava e dejeção.

Resultados: Estudados 13 doentes (84,6% mulheres), idade média 58,5±11,8 anos. Diagnósticos iniciais de retocelo (n=7), contração esfíncteriana voluntária inadequada (n=3), prolapso do pavimento pélvico (n=3) e deformação perianal. A DfRM identificou 9 casos de retocelo anterior e 2 de retocelo posterior, 8 casos de síndrome do períneo descido, 6 casos de cistocelo, 2 casos de disfunção da contração do músculo puborectal, 2 casos de movimento defecatório ineficaz, 1 caso de prolapso uterino e outro de prolapso retal. Identificados distúrbios múltiplos em 11 doentes (média de diagnósticos por doente superior a 1,6; mediana=2,0). A concordância da avaliação inicial com a DfRM foi melhor para os doentes em consulta de Pt e para os diagnósticos de disfunção do músculo puborectal (n=2; 100%) e de retocelo anterior (n=6; 60%). As alterações estruturais adicionais detectadas levaram à modificação do plano terapêutico em 8 doentes (61,5%).

Conclusão: A DfRM é complemento fundamental à avaliação inicial nas DD, nomeadamente pela informação apontada nas fases valsava e dejeção.

P 43

MOBILIZAÇÃO LAPAROSCÓPICA DO ÂNGULO ESPLÊNICO DO CÓLON COM EXCIÇÃO DO MESOCÓLON ESQUERDO

Joana Isabel Almeida, Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira, Cristina Martinez Insua, Susana Costa, Inês Romero, João Pinto-de-Sousa
Unidade de Cirurgia Colorectal – Serviço de Cirurgia Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A mobilização do ângulo esplênico do cólon é um passo complexo mas necessário na cirurgia do cólon esquerdo e recto por abordagem laparoscópica. A padronização dos passos cirúrgicos é fundamental para a segurança e celeridade da cirurgia

Objetivo: Demonstração da técnica de mobilização do ângulo esplênico do cólon por laparoscopia.

Métodos: Utilizam-se 4 portas, 12 mm umbilical para a óptica, 12 mm na fossa ilíaca direita, 5 mm no hipocôndrio direito e 5 mm no epigastro.

1 – Após correta exposição, a face medial do meso do cólon descendente proximal é exposta com identificação da veia mesentérica inferior, junto a terceira porção do duodeno, abre-se uma janela no meso, permitindo a disseção infra-mesocólica, de medial para lateral até ao ângulo esplênico.
2 – Laqueação da veia mesentérica inferior e abordagem da retrocavidade dos epiplons. Identificação do pâncreas e disseção do mesocólon adjacente ao longo do pâncreas até ao ângulo esplênico, com libertação do meso distal do cólon transversal.

3 – Abertura da goteira perietocólica com libertação completa do ângulo esplênico.

Conclusão: O conhecimento da anatomia de superfície intracelômica e a disseção em planos anatómicos avasculares é fundamental para a cirurgia laparoscópica colorectal levando a uma maior celeridade do procedimento e a uma diminuição da iatrogenia.

P 44

ADENOCARCINOMA DO RECTO BAIXO – WAIT-AND-SEE?

João Cortez Pinto, Isadora Rosa, João Pereira da Silva, Inês Marques, António Dias Pereira, Ricardo Fonseca, Paula Chaves, Rita Barroca, Luís d'Orey, Manuel Limbert, José Venâncio, Isália Miguel, Teresa Marques, João Freire Catarina Travancinha, Gonçalo Fernandez, Paula Pereira, Luísa Mirones, Teresa C. Ferreira

IPOLFG, EPE

Contexto: O tratamento do adenocarcinoma (ADC) do recto localmente avançado baseia-se em quimiorradioterapia (QRT) neoadjuvante seguida de cirurgia com excisão total do mesorecto. Esta abordagem acarreta morbilidade significativa. Na estratégia *wait-and-see* (W&S) os doentes com ADC do recto baixo com resposta clínica completa (cCR) após QRT são sujeitos a vigilância clínica, imagiológica e endoscópica apertada, ficando a cirurgia reservada para a ocorrência de “regrowth” do tumor - as taxas de recidiva local, sobrevida global e livre de doença parecem ser idênticas às da abordagem tradicional. Introduziu-se o protocolo W&S na instituição em 2014.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de um homem de 57 anos, com história de hematoquezias esporádicas com 6 meses de evolução. O exame proctológico identificou um tumor acima da transição ano-rectal. Foi submetido a colonoscopia total que revelou neoplasia vegetante imediatamente acima da linha pectínea. O exame anatomopatológico confirmou ADC. Por TC toraco-abdominal, RM pélvica (RMp) e ecografia endorectal estadiou-se o tumor como cT1/T2N0M0.

A proposta terapêutica foi QRT neoadjuvante. Avaliou-se a resposta clínica 7 semanas após QRT através de RMp, fibrossigmoidoscopia, exame proctológico e rectoscopia rígida. Por cumprir critérios de cCR propôs-se entrada em programa de vigilância ativa segundo o protocolo W&S aprovado na instituição.

Após 25 meses de *follow-up*, não há qualquer evidência de *regrowth* nos exames de vigilância.

Justificação/Motivação: O caso apresentado serve para realçar uma nova abordagem terapêutica nos tumores do recto baixo que permite, em doentes seleccionados, evitar a morbilidade e o impacto na qualidade de vida associados a amputação abdomino-perineal.

P 45

HIPERSENSIBILIDADE À AZIATOPRINA – UMA ENTIDADE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Mafalda Sousa, Luísa Proença, Joana Silva, Ana Ponte, Jaime Rodrigues, João Carvalho

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Mulher de 59 anos, com diagnóstico desde 2015 de Doença de Crohn estenosante com atingimento dos 40cm do íleo terminal, iniciou tratamento com azatioprina em Agosto 2016 por presença de atividade endoscópica e imagiológica, apesar de assintomática. Após cerca de 15 dias, recorreu ao serviço de urgência em choque com diarreia severa (10 dejeções por dia), vômitos, febre (39°C) e hematemeses. Depois da ressuscitação, realizou endoscopia que revelou múltiplas hemorragias petéquiais e erosões que poupavam o antro - gastropatia erosiva hemorrágica aguda. Interpretado como um quadro séptico, iniciou antibioterapia empírica e suspendeu a azatioprina. Os resultados microbiológicos e serologias foram negativas. A doente evoluiu favoravelmente tendo tido alta após 7 dias com indicação para re-iniciar azatioprina.

Após apenas algumas horas da primeira toma, foi re-admitida por vômitos, diarreia e febre alta (40°C). Realizou TAC que exclui complicações abdominais e suspendeu novamente a azatioprina, com melhora rápida do quadro e alta após 3 dias. Re-avaliada aos 2 meses, mantem-se assintomática. Apesar da relação causal não poder ser comprovada, este quadro parece ser justificado por uma reação de hipersensibilidade à azatioprina. Estas reações são raras, subdiagnosticadas, potencialmente fatais e com um difícil diagnóstico diferencial com sépsis ou exacerbação da doença. Manifestam-se entre 1 semana a 16 meses após o início do fármaco, com resolução após suspensão. A re-introdução provoca uma reação rápida em menos de 2 dias. A etiologia não está esclarecida. O diagnóstico é sobretudo clínico e requer exclusão de outros processos sendo a suspensão do fármaco o único tratamento.

P 46

EXCIÇÃO TOTAL LAPAROSCÓPICA DO MESOCÓLON DIREITO

Joana Isabel Almeida, Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira, Cristina Martinez Insua, Susana Costa, Inês Romero, João Pinto-de-Sousa

Unidade de Cirurgia Colorectal – Serviço de Cirurgia Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: O conceito de excisão total do mesocólon engloba a remoção intacta do mesocólon pelo seu plano embriológico e a realização de laqueações vasculares centrais. Ainda não está estabelecido o seu impacto na sobrevida e na morbimortalidade dos pacientes.

Objetivo: Demonstração da técnica de excisão total do mesocólon direito por laparoscopia.

Métodos: Vídeo demonstrativo da técnica de excisão total do mesocólon em doente com neoplasia do colon ascendente.

Técnica: Identificação e laqueação dos vasos ileocólicos na sua origem, com exposição da veia mesentérica superior. Segue-se a mobilização do cólon direito, separando o mesocólon do retroperitoneu permitindo a visualização dos órgãos retroperitoneais: duodeno, pâncreas e fâscia de Gerota. Posteriormente efetua-se a secção do íleon distal e do cólon transverso com iDrive®. Por fim, realiza-se anastomose ileocólica intracorporal.

Conclusão: Esta abordagem permite uma ressecção total do mesocólon direito, permitindo uma recuperação em pós-operatório superior à cirurgia aberta. Minimizando-se a agressão da parede abdominal, ao ser realizada por laparoscopia.

P 47

REEDUCAÇÃO DINÂMICA DO PAVIMENTO PÉLVICO SEM RECURSO A TERAPÊUTICA DE BIOFEEDBACK

– RESULTADOS A LONGO PRAZO DE UM CENTRO

Roseira J, Vieira AM, Lopes I, Marreiros A, Sousa HT, Queirós P, Antunes AG, Vaz AM, Gago T, Contente L, Guerreiro H.

Centro Hospitalar do Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão Departamento de Ciências Biomédicas - Universidade do Algarve

Introdução: O burden da disfunção do pavimento pélvico (DPP) é significativo. A Reabilitação do pavimento pélvico (RPP) é terapêutica de primeira linha.

Objetivo: Avaliar a eficácia da RPP a 1 ano, sem recurso a *biofeedback*, numa amostra de doentes com disquesia (DQ) ou incontinência fecal (IF) seguidos em consulta de Proctologia Terapêutica (Pt).

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com pelo menos 1 ano de *follow-up* após RPP por DQ ou IF. *Outcomes:* Eficácia estimada pela percepção do doente para DQ e pelo índice Wexner (IW) para IF; Alta clínica um ano após RPP. Estatística: Teste do Qui-quadrado para variáveis categóricas; Teste de comparação de médias para amostras emparelhadas.

Resultados: Estudados 13 doentes (84,6% mulheres), idade média 59±12,8 anos. Identificados factores de risco para DPP em 12 doentes [patologia metabólica ou psiquiátrica (n=6), complicações obstétricas (n=5) ou cirúrgicas (n=1)]. Diagnosticados 7 casos de DQ e 6 de IF (IW médio inicial=13). Relativamente aos doentes com DQ, 71,4% reportou melhoria. Verificou-se presença de associação entre a percepção e *outcome* de alta clínica ($p=0,047 < 0,05$). Cinco altas clínicas 1 ano após RPP, todas afectas à percepção “melhoria”, e 2 casos de falência terapêutica associados a má *compliance*.

Na IF observou-se significativa diminuição do IW após RPP (IW médio final=2). Viabilizou-se a constatação de que ($p=0,001 < 0,05$) há efectivamente diferença do IW médio antes e depois da RPP. Após 1 ano, IW não superiores e 100% de altas clínicas.

Conclusão: Os resultados obtidos revelam eficácia sustentada da RPP sem recurso a *biofeedback*.

P 48

UM CASO DE COLOPROCTITE RÁDICA

Lomba-Viana H., Correia A., Pereira N.¹, Gonçalves G.¹, Shvets Y.¹, Mesquita T.², Curado J.², Moura A.²

Serviços de Gastrenterologia, Medicina Interna¹ e Cirurgia² Hospital das Forças Armadas Polo do Porto - Hospital D. Pedro V

Homem de 74 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, síndrome depressivo e neoplasia do recto, submetido a ressecção anterior do recto em Maio de 2015. Pós-operatório complicado com peritonite secundária a perfuração de víscera oca (íleo terminal), infecção da ferida operatória com MRSA e embolia pulmonar de risco intermédio de mortalidade.

Em Agosto de 2015, no término do tratamento de quimio-radioterapia, recorreu ao Serviço de Urgência por diarreia com rectorragias abundantes. Encontrava-se febril, hemodinamicamente estável. O estudo analítico apresentava anemia, hiponatremia e elevação da proteína C reactiva. A rectosigmoidoscopia realizada na admissão revelou lesões compatíveis com proctite rádica. Ficou internado para tratamento. Iniciou corticoterapia sistémica e tópica, messalazina e antibióticos (metronidazol e ciprofloxacina), que efectuou até ter o resultado das hemoculturas e da pesquisa de *Clostridium difficile*, o qual foi negativo. Desenvolveu candidíase orofaríngea e alterações neuropsiquiátricas, eventualmente secundárias à corticoterapia sistémica, que desapareceram com a sua suspensão e administração de fluconazol. Por manutenção da febre, instalação de insuficiência renal aguda e aumento dos parâmetros analíticos inflamatórios, sem focalização óbvia, efectuou TC toraco-abdomino-pélvica que revelou discreta densificação da gordura pericólica do sigmóide, bem como dos folhetos peritoneais adjacentes, a traduzir alterações inflamatórias do cólon descendente. Realizou colonoscopia que mostrou ulcerações múltiplas dispersas, com exuberante exsudado mucopurulento, cujo resultado do exame cultural foi negativo. Iniciou terapêutica antibiótica com piperacilina/tazobactam, sem resposta favorável, alterando-se para linezolido, que efectuou durante duas semanas, com boa evolução clínica, a permitir a alta hospitalar no final da quinta semana de internamento.