

# COMUNICAÇÕES 1

## COMUNICAÇÕES 1

24 DE NOVEMBRO • 13:30 - 14:30 h  
24<sup>TH</sup> NOVEMBER • 01:30 - 02:30 pm

### COMUNICAÇÕES ORAIS | ORAL PRESENTATIONS

#### (18344) - 3% POLIDOCANOL FOAM SCLEROTHERAPY VERSUS HEMORRHOIDAL ARTERY LIGATION WITH RECTO ANAL REPAIR IN HEMORRHOIDAL DISEASE GRADES II-III: A RANDOMIZED, PILOT TRIAL

Falcão D<sup>1</sup>, Neves S<sup>2</sup>, Povo A<sup>1</sup>, Castro-Poças F<sup>1</sup>, Oliveira J<sup>3</sup>,  
Salgueiro P<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto;  
2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;  
3 - Instituto Politécnico de Viseu

**Introduction and aims:** We aimed to compare polidocanol foam sclerotherapy (SP) versus doppler-guided hemorrhoidal artery ligation with recto-anal repair (HAL-RAR) in the treatment of hemorrhoidal disease (HD).

**Methods:** Prospective, randomized study including patients with HD grades II and III. Participants were randomly assigned (1:1) into SP or HAL-RAR, during a recruitment period of six months. Therapeutic success (Sodergren's and bleeding scores) was the primary outcome. Other outcomes evaluated complications and implication in professional life.

**Results:** Forty-six patients were allocated either to SP (n=22) or HAL-RAR (n=24). Most patients achieved therapeutic success (SP 100% vs. HAL-RAR 90.9%, p=0.131). Complete success was higher in SP group (91.7% vs. 68.2%, p=0.045). SP patients had less complications (25% vs. 68.2%, p=0.003). HAL-RAR had a greater negative impact in patients' work activity.

**Conclusion:** SP was more effective and safer than HAL-RAR. SP patients had less impact on their work activity.

#### (18467) - LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA COMO TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DA RETOCELE ANTERIOR FEMININA

Froehner Junior<sup>1,2</sup>

1 - Pelvia Gastrointestinal Motility and Continence;  
2 - Nossa Senhora das Graças Hospital

**Introdução:** A retocele anterior feminina é condição frequente na síndrome da evacuação obstruída.

As diversas modalidades de tratamento estão associadas a resultados e a taxas de recorrência variáveis e comumente insatisfatórios. Adicionalmente, é crescente o número de pacientes que procuram procedimentos minimamente invasivos para seu tratamento. A ligadura elástica é técnica consagrada e realizada para o tratamento da doença hemorroidária e do prolapso retal mucoso. É tradicionalmente realizada por via transanal. O acesso endoscópico frontal oferece condições técnicas atraentes enquanto que a retrovisão permite a visibilização panorâmica craniocaudal em 360 graus de toda a ampola retal, das hemorroidas internas e da linha pectínea.

**Objetivos:** Apresentar e descrever a ligadura elástica por retrovisão endoscópica para o tratamento minimamente invasivo da retocele anterior feminina.

**Material e métodos:** Pacientes femininas consecutivas atendidas pelo mesmo coloproctologista (Pelvia Motilidade Digestiva e Continência, Curitiba, Brasil) de Dezembro de 2020 até Setembro de 2022 com diagnóstico de retocele anterior feminina sintomática. Todos os casos de contração paradoxal do músculo puborretal (anismo) foram previamente tratados pela técnica de biofeedback. As pacientes ainda sintomáticas foram encaminhadas para a realização da ligadura elástica endoscópica por retrovisão da parede retal anterior. Todos os casos realizaram previamente a videodefecografia por ressonância magnética. O procedimento ocorreu no serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Nossa Senhora das Graças (Curitiba, Brasil) seguindo as mesmas orientações prévias às endoscopia digestiva alta, colonoscopia ou retossigmoidoscopia flexível. Conforme a necessidade de cada paciente, ocorreu em associação com a endoscopia digestiva alta e/ou a

colonoscopia. Para as pacientes sem indicação de novo exame, as orientações foram as da retossigmoidoscopia flexível. A técnica: a utilização do gastroscópio em retrovisão permite a avaliação da ampola retal, das hemorroidas internas, da topografia da linha pectínea e do ápice da retocele (a partir do toque da parede posterior vaginal). Após a instalação do sistema de ligadura elástica endoscópica, a retrovisão permite a visualização adequada do ápice da retocele que recebe a primeira ligadura, a mais cranial, sendo seguida de mais duas ligaduras na mucosa retal anterior, proximais à linha pectínea, formando um triângulo (com vértices imediatamente distais à projeção do dedo indicador). Após a recuperação anestésica, as pacientes foram orientadas com relação ao procedimento e aos cuidados inerentes. Receberam como prescrição via oral apenas ciprofloxacina 500 mg e metronidazol 500 mg, tomados duas vezes ao dia por sete dias. Analgésicos e anti-inflamatórios não foram indicados de rotina. O retorno ambulatorial ocorreu na primeira semana e terceira semanas após a ligadura elástica.

**Resultados:** O seguimento varia de 2 anos e 9 meses até 2 meses (média: 2 anos e 6 meses). A média de idade foi de 50 anos. A duração do procedimento variou de 2 a 7 minutos, com média de 3 minutos e 40 segundos. A melhora referida dos sintomas relacionados à retocele anterior variaram de 60% a 100%, com média de 82,5%. Apenas uma paciente apresentou a eliminação das três ligaduras após episódios de diarreia, três dias após o procedimento, sem outras complicações, havendo o retorno dos sintomas da retocele. Apresentaram dor leve 22% das pacientes (até 3 pontos na escala visual analógica para dor, que varia de 0 a 10, máxima), de duração inferior a 3 dias em 98% dos casos e controlada facilmente com analgesia simples (paracetamol ou dipirona via oral). Aproximadamente 22% das pacientes apresentaram eliminação de discreta quantidade de sangue vivo no papel higiênico, durante a higiene pessoal, após urinar e/ou evacuar, com duração média de 3 dias após o procedimento. Nas pacientes com melhora de 60 a 80% foi ofertada a realização de novo procedimento. Todas aceitaram, com melhora adicional significativa. Todas as pacientes mencionaram estar satisfeitas com o procedimento (mesmo a que eliminou os três elásticos precocemente) e o repetiriam se preciso.

**Discussão / conclusões:** Esta técnica apresenta as vantagens de ser rapidamente realizada, em regime ambulatorial sob sedação, permitindo retorno precoce às atividades diárias. Pode-se associar à realização da endoscopia digestiva alta, da colonoscopia e da retossigmoidoscopia flexível. Por ser reprodutível, permite procedimentos adicionais, quando necessário. É praticamente indolor por ser realizada cranialmente à linha pectínea, evitando a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios. Por ser minimamente invasiva, atuando na mucosa retal anterior, evita incisões, dissecções, grampeamentos e suturas, limitando complicações, como a dispareunia. A ligadura elástica por retrovisão endoscópica é técnica segura, eficaz e reprodutível. Caracteriza-se como alternativa minimamente invasiva para o tratamento da retocele anterior feminina.

#### **(18563) - PRETREATMENT BLOOD BIOMARKERS ON PREDICTING PATHOLOGICAL RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMORADIO THERAPY IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER**

Morais M<sup>1,2</sup>, Fonseca T<sup>3</sup> Machado-Neves R<sup>1</sup>, Honavar M<sup>1</sup>, Coelho A R<sup>3</sup>, Lopes J<sup>3</sup>; Barbosa E<sup>3</sup>, Guerreiro E<sup>1</sup>; Carneiro S<sup>2,3</sup>

1 - Hospital Pedro Hispano;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

3 - Centro Hospitalar de São João

**Background:** Approximately 10–30% of locally advanced rectal cancer patients achieve a pathological complete response after chemoradiotherapy. These patients could potentially be selected for “watch and wait” approach. In recent years, blood biomarkers have become attractive as predictors of response, mostly for their availability.

**Aims:** To investigate the value of previously described pretreatment hematological and biochemical biomarkers as predictors of pathological response.

**Methods:** The authors performed a retrospective analysis of 191 patients with locally advanced rectal cancer who underwent long-course neoadjuvant chemoradiotherapy at two Portuguese centers. A logistic regression analysis was performed to search for predictive markers of pathological complete and good response.

**Results:** High platelet–neutrophil index ( $p = 0.042$ ) and

clinical tumor stage >2 ( $p = 0.015$ ) were predictive of poor response. None of the analyzed biomarkers predicted pathological complete response in this study.

**Conclusion:** A high platelet–neutrophil index before neoadjuvant chemoradiotherapy could help predict poorer pathological response in patients with locally advanced rectal cancer. However, no other blood biomarker predicted incomplete or poor response in this study.

### (18668) - INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E ANUSCOPIA DE ALTA RESOLUÇÃO: IDENTIFICAÇÃO DE PRECURSORES DE CARCINOMA DO CANAL ANAL USANDO UMA REDE NEURAL CONVOLUCIONAL

Mascarenhas M<sup>1</sup>, Spindler L<sup>2</sup>, Ribeiro T<sup>1</sup>, Afonso J<sup>1</sup>, Cardoso P<sup>1</sup>, Fathallah N<sup>2</sup>, Marques M<sup>3</sup>, Ferreira J<sup>3</sup>, Macedo G<sup>1</sup>, De Parades V<sup>2</sup>

1 - Hospital São João;

2 - Hospital Paris Saint Joseph;

3 - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

**Introdução:** A anoscopia de alta resolução (AAR) é o *gold standard* para a deteção de lesões precursoras de carcinoma de células escamosas do canal anal (CCECA.). Embora esta técnica seja superior a outros métodos diagnósticos, principalmente a citologia do canal anal, a identificação visual de áreas suspeitas de lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) permanece um desafio. Os modelos de *deep learning*, nomeadamente as redes neurais convolucionais (RNC), são excelentes na análise de imagens e têm demonstrado grande potencial para avaliar lesões pleomórficas em imagens endoscópicas.

**Objetivos:** Este estudo visou o desenvolvimento de um sistema baseado numa RNC para a deteção e diferenciação automática de HSIL *versus* lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) em imagens de AAR.

**Métodos:** Foi desenvolvida uma RNC com base em 78 exames de AAR de um total 71 pacientes de um hospital de alto volume (GH Paris Saint-Joseph, Paris, França). Foram recolhidas 5026 imagens, 1517 contendo HSIL e 3509 contendo LSIL. Foram definidos *datasets* de treino e validação, correspondendo a 90% e 10% do total de imagens, respetivamente. O *dataset* de validação foi usado para avaliar a performance da RNC relativamente à sensibilidade, especificidade, precisão, valores preditivos positivo e negativo e área sob a curva (AUC) foram calculados.

**Resultados:** O algoritmo foi otimizado para a deteção automática de HSIL e sua diferenciação de LSIL. O nosso modelo teve uma exatidão geral de 96.3%. A RNC apresentou uma sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo de 94.7%, 97.3%, 92.9% e 96.2%, respetivamente. A AUC foi de 0.99.

**Discussão:** O nosso grupo foi o primeiro a nível mundial a desenvolver um modelo de IA para HRA. O modelo de RNC detetou e diferenciou com precisão lesões precursoras de CCECA. O desenvolvimento adicional destas tecnologias poderá revolucionar o estado da arte da AAR. A futura implementação destas ferramentas na prática clínica poderá ter um impacto significativo na gestão dos doentes que requerem rastreio de lesões precursoras de CCECA.

### (18625) - ABLAÇÃO HEMORROIDÁRIA POR LASER - APLICAÇÃO NO NOSSO CENTRO

Bolota J<sup>1</sup>, Lima R<sup>1</sup>, Velez C<sup>1</sup>, Oliveira J<sup>1</sup>, Machado A<sup>1</sup>, Caldeira B<sup>1</sup>, Sanchez R<sup>1</sup>, Senhorinho R<sup>1</sup>, Silva A<sup>1</sup>, Carvalho M<sup>1</sup>

1 - Hospital Espírito Santo Évora

**Introdução:** Dispomos hoje em dia de um arsenal variado para abordar a patologia hemorroidária. O tratamento ideal deve ser minimamente invasivo, desencadear o mínimo de dor pós-operatória e permitir um regresso célere às actividades do dia-a-dia, para que o doente tenha boa qualidade de vida. O procedimento a laser é uma das novas técnicas cirúrgicas para tratamento das hemorroidas, no qual a sonda é inserida acima da linha pectínea até à base do pedículo hemorroidário, são aplicados vários pulsos de laser enquanto a sonda é removida gradualmente. O objectivo é comprometer a vascularização, para que haja redução do pedículo.

**Objetivo:** Os autores têm como objectivo principal apresentar a experiência do seu Centro no tratamento da patologia hemorroidária com a ablação por laser. Nomeadamente mostrar os resultados do pós-operatório: dor, complicações, resolução de sintomas e recidiva.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo através da consulta de processos clínicos e avaliação da dor no pós operatório pela escala visual numérica, de todos os doentes submetidos a ablação por laser dos pedículos hemorroidários, no período de 72 meses entre 2018 e

2022 no Serviço de Cirurgia do nosso Hospital.

**Resultados:** No período entre 2018 e 2022, foram intervenções 21 doentes com hemorroidas grau II/III. Destes doentes 52% do sexo masculino e 48% do sexo feminino, tinham uma idade mediana de 51 anos. A maioria dos doentes referenciados à consulta tinham patologia hemorroidária refractária ao tratamento médico.

Em 81% foi feita ablação de 3 pedículos, 14% de 2 pedículos e em 5% de 1 pedículo. Em 95% dos casos a cirurgia foi realizada em regime de ambulatório, dos quais 85% doentes com pernoita; os restantes 5% com internamento de 2 dias.

Relativamente às complicações no pós-operatório, apenas 3 doentes tiveram episódios de rectorragias autolimitados, pelo que de acordo com a classificação Clavien-Dindo se pode afirmar que não houve nenhum desvio do curso pós-operatório normal.

De acordo com a Escala Visual a Numérica, no 1º dia pós-operatório 52% não tinham queixas algicas. Na primeira semana pós-operatório, apenas 24% tinham alguma dor; na terceira semana reduziu para 5%. A partir do final do primeiro mês pós-operatório nenhum doente tinha dor. No follow-up de 6 meses, três doentes apresentam um pedículo remanescente. Um deles assintomático, outro inscrito para reintervenção com laser e outro reintervencionado pela técnica Milligan Morgan.

**Discussão/Conclusão:** A doença hemorroidária é frequente a nível mundial. Resulta do aumento de fluxo da artéria rectal superior que causa dilatação do plexo hemorroidário, juntamente com degradação do tecido de suporte das hemorroidas que as faz deslizar para baixo da linha pectínea. O tratamento das hemorroidas inicia-se com modificações do estilo de vida, com tratamento médico e posteriormente tratamento cirúrgico. A ablação por laser é uma intervenção que está a emergir para o tratamento de hemorroidas grau II/III. Podemos concluir que é uma técnica que traz menos dor pós-operatória aos doentes, retomando mais rapidamente as suas actividades de vida diária, sem complicações major.

## **(18682) - LAPAROSCOPIC RIGHT COLECTOMY WITH INTRA-CORPOREAL ANASTOMOSIS FOR THE TREATMENT OF RIGHT COLON CANCER: EXPERIENCE FROM A SINGLE CENTER AND REVIEW OF THE LITERATURE**

Brandão P N<sup>1</sup>, Silva E<sup>1</sup>, Sampaio M<sup>1</sup>, Cristina Silva A<sup>1</sup>; Santos M<sup>1</sup>

*1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introduction:** There are many advantages of minimally invasive techniques for the treatment of colorectal diseases. Laparoscopic colectomy has been widely accepted and increasingly performed for its treatment. Right colectomy can be performed with intra or extra-corporeal anastomosis. In recent years, there has been a debate on which technique is better, with the latest literature showing significant advantages towards intra-corporeal anastomosis.

**Methods:** In a retrospective study, we reviewed the data of patients submitted to laparoscopic right colectomy for the treatment of colon cancer in our institution between 2019 and 2021. We performed a descriptive analysis of post-operative results and also a review of the literature of the meta-analyses published.

**Results:** In a 3-year period, we performed 58 laparoscopic right colectomies with intra-corporeal anastomosis (LR-CIA). 32 male and 26 female patients with a mean age of 67 (34-93) years old. All the procedures were performed by two of the surgeons of the colorectal unit with a median operative time of 135 minutes (70-200), with a clear time-reducing trend during the learning curve. Discharge time with a median of 6 days (3-27). In our series, we had 1 case of anastomosis dehiscence (1,7%). Our total morbidity rate was 12,06%. We had no cases of re-intervention and no mortality to report. Our results are similar to que biggest series worldwide and in line with recent meta-analysis showing significant benefits of the intra-corporeal anastomosis approach in regards to post-operative complications and patient satisfaction.

**Conclusion:** In the recent literature LRCIA is associated with reduced post-operative infections and overall complications. The same results were achieved in our series, showing a low rate of global complications, with no severe morbidity and no mortality.

## COMUNICAÇÕES 1 VÍDEOS

### (18533) - SIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA URGENTE: OCLUSÃO INTESTINAL POR NEOPLASIA DO CÓLON SIGMOIDE COM INVAGINAÇÃO COLO-CÓLICA

Vieira B<sup>1</sup>, Marques R<sup>1</sup>, Ribeiro A<sup>1</sup>, Sousa P<sup>1</sup>, Moreira H<sup>1</sup>,  
Sousa J P<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

A oclusão intestinal é uma entidade clínica cujo tratamento é do domínio do cirurgião geral. A precocidade no diagnóstico, a correspondente reanimação pré-operatória (hidroelectrolítica, metabólica) e o tratamento cirúrgico célere, são atitudes de reconhecido benefício nos doentes em oclusão intestinal.

A invaginação intestinal em adultos é rara. Ao contrário do que ocorre na faixa pediátrica, é, na maioria das vezes, secundária a uma lesão definida com potencial significativo de malignidade. A invaginação intestinal em adultos, sendo responsável por cerca de 1 a 5% dos casos de obstrução intestinal em adultos, o que faz com que a maioria dos cirurgiões tenha pouca experiência no seu manejo. Aproximadamente 70% a 90% dos casos são secundários à lesão orgânica, diagnosticada, quase sempre, no peri-operatório. Dessas, mais de 50% são malignas.

O quadro clínico é semelhante ao verificado nos casos de obstrução intestinal de causa não maligna.

Salvo algumas exceções, nos casos de invaginação colo-cólica deve-se ressecar o segmento em bloco com finalidade oncológica pelo grande risco de malignidade. Este vídeo ilustra a realização de uma sigmoidectomia laparoscópica urgente numa doente que deu entrada no serviço de urgência com uma oclusão intestinal por

neoplasia do cólon sigmoide com invaginação colo-cólica. Mostra também as imagens das colonoscopia e tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica realizadas em contexto de urgência. Mostra ainda as imagens da peça operatória.

**Sequência do vídeo:** Trata-se de uma doente do sexo feminino, 44 anos, autónoma nas atividades de vida diária. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, hemorragia subaracnoideia aneurismática (colocação de derivação ventricular externa emergente em 17/12/21, disfagia severa, colocada gastrostomia endoscópica percutânea a 17/01/22). Antecedentes familiares: pai falecido com neoplasia do pulmão aos 76 anos. Hábitos: Tabaco, 26 unidades maço ano. Medicação habitual: Perindopril+Amlodipina 5mg+5mg id.

Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal em cólica nos quadrantes esquerdos, sem irradiação, associada a paragem de emissão de gases e fezes, com 3 dias de evolução. Acrescente queixas de emissão de muco anal. Sem náuseas ou vômitos. Sem febre. Sem queixas prévias. Sem estudo endoscópico prévio.

Objetivamente no serviço de urgência: Consciente, colaborante e orientada no tempo e espaço. Corada, hidratada, acianótica. Normalidade hemodinâmica, eupneica, apirética. Abdómen com ruídos hidroaéreos escassos, mole, depressível, com dor na palpação nos quadrantes esquerdos e com tumefação palpável nesta localização, sem defesa ou outros sinais de irritação peritoneal. Sem lesões perianais à inspeção. Toque retal com tumefação palpável aos 7cm da linha anocutânea, dedo de luva com muco e sem sangue. Emagrecida, peso: 54kg.

Analiticamente com hemoglobina 11.5g/dL, sem outras alterações de relevo. Marcadores tumorais normais.

**Colonoscopia:** "Progressão até aos 35 cm da margem anal, onde se observa neoformação vegetante, ulcerada, com destruturação total do padrão glandular e vascular, que ocupa a totalidade do lúmen e não transponível - efetuadas biopsias. Não se observaram outras lesões da mucosa colorretal passível de visualização".

Tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pél-

vica: "Ausência de adenomegalias mediastínicas, hilares ou axilares. A nível do parênquima pulmonar não se identificam nodularidades ou demais opacidades suspeitas. Sem derrame pleural ou pericárdico. Fígado sem lesões focais suspeitas. Veia porta de calibre e permeabilidade preservados. Sem derrame peritoneal ou adenomegalias. Não se evidenciam coleções ou massas em topografia pélvica. Evidencia-se lesão sigmóideia (com cerca de 45 mm de maior eixo) com extensa invaginação colo-cólica associada (extensão superior a 14 cm)".

Evolução desfavorável do quadro oclusivo com necessidade de sigmoidectomia laparoscópica urgente.

**Achados operatórios:** Líquido livre intra peritoneal no fundo de saco de Douglas; sem metástases hepáticas; invaginação colo-cólica do cólon sigmóide extensa com retração do mesocólon; estadiamento intra operatório: T2N0M0.

O internamento decorreu sem intercorrências com alta da doente ao D8 de pós operatório com trânsito gastrointestinal restabelecido. Melhoria do reflexo da deglutição durante o internamento, conseguindo alimentar-se com alimentos pastosos, com espessante e gelatinas.

**Anatomia patológica:** ADENOCARCINOMA INVASOR DO CÓLON SIGMÓIDE pT2N1b (2/20) G1, L-, V-, PN-; Sem perfuração tumoral, sem depósitos tumorais, margem radial de 12mm; Baixa probabilidade de MSI-H.

Doente apresentado em consulta de grupo oncológico e decidida realização de quimioterapia adjuvante. Mantem seguimento em consulta de cirurgia geral (3 meses de follow up sem evidência de recidiva).

A invaginação em adultos é uma condição que desafia o cirurgião, tanto em relação ao diagnóstico, quanto à abordagem adequada. O diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição, associado à sintomatologia inespecífica. É quase sempre associada a uma lesão orgânica e requer tratamento cirúrgico. Ressecções oncológicas em monobloco devem ser realizadas nos casos de acometimento do cólon como mostra o vídeo apresentado.

## (18641) - AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL LAPAROSCÓPICA COM APLICAÇÃO DE PRÓTESE PROFILÁTICA PERICOLÓSTÓMICA

Velez C<sup>1</sup>, Cotovio M<sup>1</sup>, Machado A<sup>1</sup>, Oliva A<sup>1</sup>, Senhorinho R<sup>1</sup>, Silva A<sup>1</sup>, Félix R<sup>1</sup>, Carvalho M<sup>1</sup>

*1 - Hospital do Espírito Santo de Évora*

**Introdução:** A hérnia paracolostômica é uma entidade comum, com uma incidência descrita entre 52 e 78%. O tratamento cirúrgico desta patologia, necessário em cerca de um terço dos casos, é desafiante, existindo várias técnicas descritas e tendo todas elas uma taxa de recidiva considerável.

A colocação profilática de próteses aquando da confecção de colostomias que se prevêm definitivas é uma técnica que tem vindo a ser progressivamente mais utilizada e que procura reduzir o risco de hérnia paracolostômica, existindo alguns estudos que avaliam este parâmetro.

**Objetivo:** Revisão da técnica de amputação abdominoperineal por via laparoscópica, apresentação de técnica de aplicação de prótese profilática paracolostômica e discussão da validade e eficácia destas técnicas, apresentando-se para isto um caso clínico e vídeo do procedimento cirúrgico.

**Material e métodos:** Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 52 anos, com antecedentes de obesidade, síndrome de apneia obstrutiva do sono, hipertensão, ansiedade e atopia, referenciado à consulta de Cirurgia por neoplasia do recto. Referia história de rectorragias e falsas vontades, tendo feito colonoscopia que revelou lesão logo acima da linha pectínea, cuja biópsia revelou tratar-se de adenocarcinoma G2. Foi feito o estadiamento imagiológico com tomografia computadorizada abdominopélvica que não mostrou doença à distância e ressonância magnética pélvica que estadiou a doença em T3bN+M0. Foi discutido o caso em reunião multidisciplinar, tendo sido proposta terapêutica neoadjuvante com quimio e radioterapia que cumpriu sem intercorrências.

Fez ressonância de restadiamento que revelou resposta imagiológica completa com redução do volume da lesão, com extensa fibrose, sem apreciável tumor viável no estudo por difusão. O doente referiu sempre não desejar ser operado.

Foi então feita rectosigmoidoscopia em que se observou ulceração muito superficial, sugestiva de resposta completa, que foi biopsada, não revelando neoplasia.

Por se tratar de provável *cytotoxic* foi discutido o caso em reunião multidisciplinar, tendo sido pedida PET que mostrou focalização hipermetabólica de difícil valorização, pelo que foi proposta biópsia cirúrgica transanal cuja histologia revelou adenocarcinoma.

Foram então discutidos com o doente os riscos e benefícios e foi proposta cirurgia - amputação abdominoperineal por via laparoscópica com colocação de prótese pericostômica, que o doente aceitou.

**Resultados:** Realizou-se uma ressecção abdominoperineal com colocação de prótese profilática pericostômica com orifício calibrado de 31mm com EEA, por via laparoscópica, que decorreu sem complicações.

O pós-operatório precoce foi complicado de insuficiência respiratória mista no primeiro dia pós-operatório, por infeção respiratória, tendo cumprido cinco dias de antibioterapia com piperacilina e tazobactam.

Verificou-se ainda necrose superficial da mucosa da colostomia, com necessidade de revisão cirúrgica, sob anestesia local, após um mês.

O doente tolerou dieta líquida ao segundo dia pós-operatório e iniciou trânsito pela colostomia ao terceiro dia pós-operatório. O dreno abdominal por removido ao quinto dia pós operatório.

Durante o seguimento em ambulatório verificou-se uma diminuição do calibre da colostomia em relação ao confeccionado com EEA de 31mm, tendo sido dada indicação para dilatação digital diária, que o doente cumpriu de forma pouco consistente.

Após 18 meses de seguimento não existe evidência de recidiva da doença nos exames complementares de diagnóstico e o doente reporta boa qualidade de vida, sem hérnia incisional, sem episódios de obstrução intestinal ou outras queixas relacionadas com o estoma.

**Discussão/Conclusão:** A confecção de colostomia terminal no contexto de ressecção abdominoperineal em doentes jovens representa um risco significativo de aparecimento de hérnia paracostômica ao longo da vida e, conseqüentemente, de eventual necessidade de cirurgia.

A realização de cirurgia minimamente invasiva tem permitido uma menor morbidade e um mais rápido retorno à vida activa dos doentes jovens submetidos a este tipo de cirurgia major. A hérnia paracostômica é um factor de diminuição da qualidade de vida pois pode originar dor, má adaptação do material do ostomia, incómodo estético e mesmo oclusão ou estrangulamento, constituindo um risco de eventual necessidade de nova cirurgia. A correcção cirúrgica das hérnias paracostômicas constitui um desafio, quer pela exigência técnica, sendo cirurgias realizadas em doentes por vezes com várias cirurgias prévias e frequentemente com múltiplas aderências, quer pelo risco de recidiva, dado o facto da taxa de recidiva após cirurgias ser elevada.

A colocação de próteses pericostômicas com intuito de reduzir a incidência de hérnia paracostômica é motivo de debate. Uma metanálise de 2017 com 649 doentes reporta uma diminuição em 65% na incidência de hérnias paracostômicas, no entanto um estudo de 2019 com 211 doentes refere não existir diferença na incidência. Uma vez que, como todas as técnicas, implica também riscos, como um aumento do tempo cirúrgico, o risco de desenvolvimento de atrofia do músculo recto abdominal, importa desenvolver mais estudos no sentido de verificar se as vantagens são significativas.

No caso do nosso doente, após 18 meses de seguimento não se verifica existência de hérnia paracostômica nem aparente atrofia do músculo recto abdominal mas existindo um estoma de calibre inferior ao desejado.

### **(18656) - DISSEÇÃO DA SUBMUCOSA DO CÓLON – UM MÉTODO SEGURO E EFICAZ – E O TEMPO TAMBÉM CONTA?**

Moura D B<sup>1</sup>, Nunes N<sup>1</sup>, Côrte-Real F<sup>1</sup>, Rebelo C C<sup>1</sup>; Lima M F<sup>1</sup>, Taveira F<sup>1</sup>, Santos M C<sup>1</sup>, Santos V C<sup>1</sup>, Rego A C<sup>1</sup>, Pereira J R<sup>1</sup>, Paz N<sup>1</sup>, Duarte M A<sup>1</sup>

*1 - Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER*

Doente do sexo feminino, 76 anos. Em colonoscopia, na sigmoideia, foi identificada atrás de prega um pólipó sésil (Paris 0-Is), com 35 mm, JNET 2A. Foi proposto para disseção da submucosa. Realizada injeção da submucosa com solução de índigo de carmim e adrenalina. Incisão

da mucosa com faca *dual-knife*, seguida de disseção da submucosa com corrente *swift coagulation*. A lesão foi removida em bloco. O procedimento foi realizado em 15 minutos.

A histologia da peça revelou adenoma com displasia de baixo grau, margens de ressecção horizontais e verticais livres.

A disseção da submucosa do cólon é um método seguro e eficaz, com uma duração do procedimento que se pretende inferior a 90 minutos. Quando se verifica uma boa acessibilidade à lesão, com estabilidade do endoscópio sem formação de ansa, pode também ser de rápida execução, equiparável à mucosectomia em *piecemeal*, com a vantagem de obter uma peça única e diminuir o risco de recidiva local.

### (18708) - EXÉRESE POR TAMIS, UMA IMPORTANTE OPÇÃO NO CANCRO DO RETO EM ESTADIO INICIAL

Marinho B<sup>1,2</sup>, Silva E<sup>1,2</sup>, Brandão P<sup>1,2</sup>, Sampaio M<sup>1,2</sup>, Silva A C<sup>1,2</sup>, Santos M<sup>1,2</sup>

1 - Unidade de Cirurgia Colorretal do Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - School of Medicine and Biomedical Sciences (ICBAS), Universidade do Porto

**Introdução:** A TAMIS (cirurgia minimamente invasiva transanal) foi desenvolvida como alternativa à TEM (microcirurgia endoscópica transanal) com o objetivo de ultrapassar algumas das suas limitações, nomeadamente a necessidade de material especializado e dispendioso. A TAMIS pode ser realizada utilizando instrumentos de laparoscopia convencional, permitindo a remoção de lesões do reto e cólon distal através do ânus, sem necessidade de incisões na parede abdominal. Durante a TAMIS, um “port” (dispositivo) especializado de cirurgia laparoscópica é colocado no ânus, através do qual, a câmara de laparoscopia e os instrumentos necessários para o procedimento acedem ao local onde se encontra a lesão a abordar. Uma vez feita a ressecção da lesão, a parede retal pode ser aproximada por meio de sutura (rafia). Para além das vantagens já mencionadas, a TAMIS permite a exérese de pólipos não passíveis de remoção endoscópica ou casos selecionados de adenocarcinomas T1, sem necessidade de ressecção do reto. Os doentes

submetidos a TAMIS podem ter alta no primeiro dia de pós-operatório, com recuperação muito mais rápida em comparação com a cirurgia convencional de ressecção retal e menor taxa de complicações associadas.

**Objetivo:** Apresentação de um vídeo de exérese “full-thickness” por TAMIS.

**Materiais e métodos:** Gravação do procedimento cirúrgico, edição da gravação com apresentação dos passos técnicos mais importantes e breve apresentação do caso clínico.

**Resultados:** Os autores pretendem apresentar um vídeo de uma cirurgia realizada a um doente do género masculino, de 61 anos, previamente submetido a ressecção em bloco, por disseção endoscópica da submucosa, de uma lesão do reto médio com cerca de 30 mm. O resultado histológico revelou adenocarcinoma, bem diferenciado, com margens laterais livres, mas margem profunda tangente à lesão neoplásica, e ausência de invasão linfática, vascular ou perineural. A invasão da submucosa até ao plano profundo era de 1000 µm, isto é, com invasão até ao limite possível de exérese por disseção endoscópica da submucosa (fusão com a muscular própria).

Dado o risco cirúrgico elevado do doente pelas suas comorbilidades, de salientar cirrose hepática crónica alcoólica Child-Pugh C, foi proposta a ressecção local por TAMIS. Foi utilizado o sistema GelPOINT® transanal e a parede retal encerrada em bloco com V-Lock® 3/0. O procedimento decorreu sem intercorrências com alta ao primeiro dia de pós-operatório. A avaliação histológica da peça operatória não mostrou evidência de neoplasia residual.

**Discussão/ Conclusão:** A ressecção do reto é uma cirurgia invasiva, que obriga a vários dias de internamento no pós-operatório e com risco não desprezível de efeitos adversos tais como incontinência fecal, disfunção sexual e complicações urinárias. Assim, a TAMIS é uma importante opção para doentes com pólipos sem carácter invasor ou casos selecionados de adenocarcinomas T1, localizados no reto ou transição retossigmoideia, principalmente na presença de comorbilidades major que aumentem o risco cirúrgico. Naturalmente, só deve ser utilizada em estadios muito precoces do cancro retal em que o risco de recidiva locorregional não é elevado.

**(18729) - LAPAROSCOPIC LEFT COLECTOMY  
WITH TRANSANAL SPECIMEN EXTRACTION  
– NOSE (NATURAL ORIFICE SPECIMEN EXTRACTION)**

Sousa A<sup>1</sup>, Sousa P<sup>1</sup>, Pereira A<sup>1</sup>, Marques I<sup>1</sup>, Antunes A<sup>1</sup>;  
Cavadas A S<sup>1</sup>, Gonçalves E<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>1</sup>, Rodrigues J<sup>1</sup>,  
Pinho J P<sup>1</sup>, Pereira J C<sup>1</sup>, Santos P<sup>2</sup>, Azevedo C<sup>3</sup>,  
Pereira C C<sup>1</sup>, Martins S<sup>1</sup>

1 - Hospital de Braga;

2 - Hospital de Torres Vedras (Centro Hospitalar do Oeste);

3 - Centro Hospitalar da Cova da Beira

**Background and purpose:** The aim of this video is to demonstrate the NOSE (natural orifice specimen extraction) technique in laparoscopic left colectomy.

**Material and methods:** Female patient, 75 years old, with a medical history of hypertension and dyslipidemia and surgical history of hysterectomy. Screening colonoscopy was performed where a sigmoid polyp was observed, which could not be removed endoscopically. Biopsies were performed and the histology revealed an adenoma with high-grade dysplasia, not being able to exclude invasion. The patient underwent laparoscopic left colectomy. Four ports were used in this procedure: 10 mm in the umbilicus for the camera, 12 mm port in the right lower quadrant, 5 mm port in right hypochondrium for the surgeon and a 5 mm port in left hypochondrium.

**Results:** The surgery was uneventful, the operative time was 122 minutes and there was an estimated blood loss of 90 ml. The patient was discharged on the third post-operative day without complications.

**Conclusion(s):** Laparoscopic NOSE-left colectomy is safe and feasible with good results. This video demonstrates an example of standardized operative technique.

## COMUNICAÇÕES 1 CASOS CLÍNICOS

### (18507) - DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA NO TRATAMENTO DE LESÕES PRÉ-MALIGNAS DO CANAL ANAL: UMA OPÇÃO A CONSIDERAR?

Dias E<sup>1</sup>, Santos-Antunes J<sup>1</sup>, Coelho R<sup>1</sup>, Marques M<sup>1</sup>, Canão P<sup>2</sup>, Magalhães J<sup>2</sup>, Macedo G<sup>1</sup>

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João;  
2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João

**Introdução:** A neoplasia anal intra-epitelial é uma lesão pré-maligna com risco de progressão para carcinoma epidermóide do canal anal. As opções atuais de tratamento incluem tratamento tópico com imiquimod, 5-fluorouracilo ou ácido tricloroacético ou procedimentos de ablação local por eletrocauterização ou radiofrequência. Embora estas modalidades demonstrem eficácia, com taxas de resposta completa consideráveis, associam-se também a taxas de recidiva elevadas. Existem ainda poucos casos descritos de disseção endoscópica submucosa de lesões pré-malignas do canal anal.

**Objetivo:** O objetivo da apresentação deste caso consiste em demonstrar a eficácia da disseção endoscópica submucosa como possível opção terapêutica na neoplasia anal intra-epitelial de alto grau.

**Descrição do caso:** Mulher, 65 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, realizou colonoscopia de rastreio onde se identificou, durante a manobra de retroflexão no reto, uma lesão plana esbranquiçada a nível do reto distal, com envolvimento do canal anal distalmente à linha pectínea. Foi realizada anoscopia de alta resolução com aplicação de ácido acético que permitiu uma visualização em maior detalhe desta lesão esbranquiçada, bem delimitada, com contorno irregular e cerca de 20 mm de diâmetro, com envolvimento da mucosa do reto distal e

canal anal. Foram realizadas biópsias cujo exame histológico mostrou epitélio pavimentoso com displasia de alto grau consistente com neoplasia anal intra-epitelial de grau II associada a sinais de infeção por vírus do papiloma humano. Após reunião de grupo multidisciplinar, optou-se pela realização de disseção endoscópica submucosa com resseção da lesão em bloco. O procedimento teve duração de 45 minutos, obtendo-se uma amostra com cerca de 40x45 mm com margens aparentemente livres. Não se verificaram eventos adversos e a doente teve alta após vigilância durante 24 horas. O exame histológico da peça confirmou tratar-se de neoplasia intra-epitelial grau II/III com extensão de 23 mm em profundidade e sem envolvimento das margens. Ao fim de 6 meses, foi realizada retossigmoidoscopia flexível de vigilância, que revelou cicatriz de aspeto regular do reto distal/canal anal, tendo sido realizadas biópsias que não mostraram sinais de recidiva histológica.

**Relevância:** Este caso mostra a eficácia e segurança da disseção endoscópica submucosa de lesões com envolvimento do canal anal. Este procedimento pode assim ser considerado em centros especializados, sendo necessários estudos prospetivos para demonstrar se, tal como demonstrado noutros segmentos do tubo digestivo, esta técnica se associa a taxas de recidiva inferiores aos tratamentos atualmente recomendados, permitindo assim ultrapassar esta limitação.

### (18511) - FOURNIER GANGRENE MANAGEMENT – TO DO OR NOT TO DO COLOSTOMY?

Dupont M<sup>1</sup>, Marques R<sup>1</sup>, Tenreiro N<sup>1</sup>, Oliveira A<sup>1</sup>, Sousa J P<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD)

**Introduction:** Fournier gangrene is a rare and life-threatening surgical emergency often due to a polymicrobial infection of the perineal, genital or perianal region. It is characterized by rapid tissue destruction and systemic signs of toxicity. It is more frequent in men and immunocompromised patients, such as patients with poorly controlled diabetes, alcoholism or human

immunodeficiency virus infection. Treatment usually involves surgical intervention, broad-spectrum antibiotic therapy, stool diversion surgery and negative pressure wound therapy (NPWT). Delays in diagnosis confer high mortality.

**Objectives:** To report a case of Fournier Gangrene management in which NPWT was used instead of colostomy. We aim to encourage the use of NPWT in selected patients.

**Case report:** A 75-year-old man with Fournier Gangrene (skin necrosis and ultrasound showing multiple gas foci and thickening of the scrotum) originated in a perianal abscess was treated at our hospital. The patient underwent three surgical debridements and several wound dressings in the operating room with placement of NPWT – ranging from 100 to 120 mmHg. Antibiotic therapy with piperacillin/tazobactam was administered for fourteen days. At hospital discharge, thirty one days after the first surgery, the wound was clean with no faecal contamination. Six months later the patient was asymptomatic, with adequate healing and without evidence of sphincter dysfunction.

**Relevance:** In this case report we present a successful case of Fournier Gangrene management in which the patient was spared from a colostomy. The prompt initial surgical debridement as well as frequent dressing change was, in our opinion, paramount to avoid stool diversion. In fact, efforts should be made in order to reconsider colostomy in these patients and performing it only in serious cases, such as sphincter involvement or extensive perianal and abdominal necrosis and, therefore, necessity of wider debridement. We also highlight the benefits of NPWT and defend its diffusion among reference centres.

### (18520) - TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA ASSISTIDA POR VÁCUO DE DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE COLORRETAL

Canha M<sup>1</sup>, Saraiva R<sup>1</sup>, Loureiro R<sup>1</sup>, Gomes D C<sup>2</sup>, Botelho M M<sup>2</sup>, Paixão I<sup>2</sup>, Seves I<sup>1</sup>

1 - Centro de Responsabilidade Integrada de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central;

2 - Unidade de Patologia Colorretal, Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

**Introdução:** As deiscências de anastomoses colorretais representam uma complicação pós-cirúrgica com elevada morbimortalidade. O seu encerramento através de terapêutica endoscópica assistida por vácuo é uma opção emergente.

**Objetivo:** Reportamos um caso de sucesso de uma deiscência de anastomose colorretal tratada endoscopicamente com sistema de vácuo em colaboração com a Cirurgia Geral.

**Resumo do Caso:** Doente do sexo masculino, 76 anos, diabético e hipertenso, referenciado por adenocarcinoma do reto distal (5cm da margem anal), cT2cN0cM0, para intervenção cirúrgica radical com intenção curativa. Foi submetido a resseção anterior do reto, com excisão total do mesorreto e anastomose colorretal latero-terminal. O resultado anatomopatológico revelou neoplasia polipóide de limites bem definidos, a 1,2 cm da margem distal, compatível com adenocarcinoma de baixo grau/ G2 pT2pN0(0/19), MSS; Cirurgia R0.

Ao 5º dia de pós-operatório, por quadro de dor abdominal e drenagem de conteúdo fecalóide pelo dreno abdominal, diagnosticada deiscência anastomótica com peritonite associada, a motivar reintervenção por laparotomia para *toilette* peritoneal e construção de ileostomia em ansa.

Após controlo de infeção e estabilização do doente, realizada reavaliação imagiológica, constatando-se coleção peri-anastomótica pré-sagrada com 5cm de diâmetro. Realizou retossigmoidoscopia com apoio de fluoroscopia, onde se observou, na parede posterior da anastomose colorretal, uma loca com 4cm de maior eixo, de fundo necrosado com exsudado e coágulos aderentes, sem outras locas ou trajetos fistulosos após instilação de contraste. Colocou-se esponja na loca sob visão direta endoscópica, coaptada a sonda adaptada a sistema aspirativo de vácuo exterior (*Vivano®Med Foam Kit*).

Realizaram-se revisões endoscópicas semanais (5 semanas), com lavagens com soro fisiológico e substituições da esponja. Verificou-se uma evolução clínica favorável, com o desenvolvimento de tecido de granulação e progressiva redução das dimensões da coleção descrita, apresentando na quinta avaliação endoscópica diminuto orifício de 4mm a comunicar com loca estreita com 1 cm de profundidade, tendo-se removido definitivamente o sistema de vácuo (será apresentada iconografia detalhada do caso).

O doente teve alta sob antibioterapia oral que cumpriu durante duas semanas, mantendo-se até à data clinicamente assintomático, com ileostomia funcionante e reavaliação

imagiológica e endoscópica 4 semanas após retirada do vácuo a demonstrar resolução completa da coleção.

**Relevância:** A terapêutica endoscópica assistida por vácuo da deiscência anastomótica foi uma solução segura, minimamente invasiva e eficaz no caso descrito, traduzindo o seu potencial na resolução de deiscências de anastomoses colorretais e a importância de uma abordagem multidisciplinar destes doentes.

### (18523) - CONDYLOMATA LATA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PATOLOGIA PERIANAL

Velez C<sup>1</sup>, Machado A<sup>1</sup>, Velez J<sup>2</sup>, Lima R<sup>1</sup>, Oliveira J<sup>1</sup>, Silva A<sup>1</sup>, Carvalho M<sup>1</sup>

1 - Hospital do Espírito Santo Geral - Serviço de Cirurgia Geral;  
2 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Serviço de Infeciologia

**Introdução:** A patologia perianal engloba uma variedade de lesões de etiologia muito diversificada e nem sempre lembradas aquando da discussão do diagnóstico diferencial. Tendo geralmente um impacto negativo pronunciado na qualidade de vida dos doentes, o prognóstico e as hipóteses terapêuticas abarcam um espectro alargado. Apresenta-se um caso de *condylomata lata* em que, após uma marcha diagnóstica não linear, a terapêutica devolveu de forma relativamente célere a qualidade de vida do doente.

**Objetivo:** Discussão do diagnóstico diferencial da patologia perianal, lembrando etiologias de cariz não cirúrgico e, como tal, menos frequentemente abordadas pela Cirurgia Geral. Salientar do impacto na abordagem do doente.

**Resumo do Caso:** Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 70 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor perianal com várias semanas de evolução com agravamento à defecação. À observação assumiu-se fístula perianal. Retornou após um mês pelas mesmas queixas, observando-se então lesão descrita como papilomatosa que foi submetida a biópsia incisional, sendo encaminhado para consulta externa. Negou práticas sexuais de risco.

A biópsia revelou infiltrado inflamatório e foi negativa para papilomavírus humano (VPH).

Na consulta foram pedidas serologias para vírus da imunodeficiência humana (VIH), hepatite B e C (VHB e VHC) e tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica.

As serologias foram negativas e a TC não revelou crescimento lesional extraperietal ou intraabdominal.

Recorreu de novo ao Serviço de Urgência após um mês por manter queixas e verificou-se crescimento lesional com afectação do pénis e aparecimento de adenopatias inguinais bilaterais.

Foi observado por Dermatologia, tendo sido posta hipótese de doença sexualmente transmissível e efectuada nova biópsia.

Foi então discutido o caso com a Infeciologia, tendo sido considerada a hipótese de *condylomata lata* e tendo sido pedido estudo serológico com Rapid Plasma Reagin (RPR) e *Treponema pallidum hemagglutination* assay (TPHA). Pela elevada suspeita clínica foi iniciada de imediato terapêutica empírica com Penicilina benzatínica, tendo sido prescritas três doses, semanais, intramusculares de 2.4 milhões de unidades.

Os testes serológicos confirmaram infecção por *Treponema pallidum*, com RPR de 128 U Kahn e TPHA 1/10240. O doente respondeu de forma muito satisfatória à terapêutica com Penicilina, apresentando-se novamente na consulta após três semanas, tendo já cumprido as três doses de penicilina, com uma redução franca das lesões pré-existentes e referindo franca melhoria da qualidade de vida.

Foi conhecido o resultado da segunda biópsia, que também não foi conclusiva mas colocou liminarmente a hipótese de se tratar de carcinoma espinocelular. Hipótese descartada por se ter verificado regressão das lesões.

**Relevância:** A patologia perianal é vasta e engloba sinais e sintomas muito variados, de diversas etiologias, e com prognósticos muito díspares. Na consulta externa de Cirurgia Geral a maioria das referenciações devem-se a patologia hemorroidária, doença perianal fistulizante e neoplasias ano-rectais ou da pele perianal. Como diagnósticos diferenciais devem ser considerados também *condylomata lata* no contexto de sífilis secundária (*Treponema pallidum*), *condylomata acuminata* (VPH), tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*), linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*) ou cancroide (*Haemophilus ducreyi*).

Estando o cirurgião familiarizado com os diagnósticos inicialmente referidos, nem sempre orienta a marcha

diagnóstica de forma célere para outras etiologias. Neste caso o diagnóstico diferencial inicial para patologias não cirúrgicas limitou-se a pesquisa de VIH e VPH, tendo a articulação com a Infecologia sido de extrema importância para um diagnóstico clínico e uma investigação laboratorial correctos, bem como para início célere da terapêutica. Os *condylomata lata* são uma manifestação de sífilis secundária. A incidência de sífilis tem aumentado nos últimos anos, sendo mais frequente em homens que têm relações homossexuais.

Uma falha na investigação diagnóstica pode originar uma demora da mesma bem como a realização de meios complementares de diagnóstico, nomeadamente exames de imagem, exames endoscópicos e biópsias, e terapêuticas inapropriadas e desnecessárias.

O correcto diagnóstico permite uma investigação diagnóstica dirigida e uma terapêutica eficaz, bem como uma posterior orientação adequada do doente, nomeadamente com rastreio de outras doenças sexualmente transmissíveis e educação para a saúde focada neste tópico.

### (18715) - MANIFESTAÇÃO GASTROINTESTINAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DA SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA IDIOPÁTICA

Guimarães A<sup>1</sup>, Rodrigues A<sup>1</sup>, Carvalho T<sup>1</sup>, Gonçalves M<sup>1</sup>, Pereira J<sup>1</sup>, Soares J<sup>1</sup>, Gonçalves R<sup>1</sup>

1 - Hospital de Braga

**Introdução/objetivo:** A síndrome hipereosinofílica idiopática é uma entidade rara, definida por valores persistentes de eosinófilos superiores a 1500 células/mm<sup>3</sup>, após exclusão de causas secundárias e etiologia clonal. Condiciona lesão de órgão mediada por eosinófilos, nomeadamente a nível cardíaco, respiratório, neurológico, cutâneo e gastrointestinal. Com o presente trabalho, os autores pretendem descrever um caso de síndrome hipereosinofílica idiopática em que as manifestações gastrointestinais constituíram a principal forma de apresentação, permitindo chegar até ao seu diagnóstico.

**Resumo do caso:** Descrevemos o caso de uma doente do sexo feminino, 80 anos, com antecedentes de bronquiectasias, polipose nasal e sinusite crónica, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de diarreia (>10 dejeções por dia), dor abdominal, enfartamento

pós-pranidal e perda ponderal estimada em 6 Kg com um mês de evolução. Nesse contexto, tinha já previamente recorrido ao serviço de urgência, sendo medicada com antiparasitários, sem melhoria clínica. O estudo analítico demonstrava eosinofilia periférica (10.400/mm<sup>3</sup> eosinófilos, 51.4% do total de leucócitos), sem outras alterações de relevo. Foi internada para estudo, do qual resultaram serologias víricas e estudo autoimune negativos. A análise microbiológica e parasitológica das fezes foi igualmente negativa. Os níveis de imunoglobulina E encontravam-se aumentados. Realizou tomografia axial computadorizada (TC) abdominal sendo de destacar hepatomegalia e espessamento da ampola retal e porção distal do cólon sigmóide. Para melhor esclarecimento realizada endoscopia digestiva alta que não apresentava alterações e rectosigmoidoscopia que revelou mucosa colorretal com ponteado esbranquiçado milimétrico, algumas erosões dispersas e úlcera com 20 mm no reto distal, biopsadas. A avaliação histológica apresentava alterações inflamatórias com predomínio de polimorfonucleares eosinófilos (>50/campo). O ecocardiograma não mostrou alterações de relevo. O estudo medular demonstrou hiperplasia mielóide com predomínio eosinofílico, sem presença de blastos ou outras alterações. Não foram identificadas anomalias citogenéticas na análise cromossómica. Durante o internamento desenvolveu lesões maculares eritematosas e pruriginosas na região sagrada e face interna da coxa esquerda, que melhoraram gradualmente após aplicação de corticoterapia tópica. Assim após investigação exhaustiva, e após verificar que a eosinofilia periférica precedia o início das queixas gastrointestinais em meses, assumiu-se o diagnóstico de síndrome hipereosinofílica idiopática com envolvimento gastrointestinal e provável pulmonar e cutâneo. Iniciou prednisolona 40 mg/dia, em esquema de redução progressiva, apresentando melhoria clínica e analítica com resolução completa da eosinofilia periférica. Realizada cerca de 6 meses depois rectosigmoidoscopia de reavaliação que revelou cicatrização completa da mucosa cólon-rectal.

**Relevância:** O diagnóstico de síndrome hipereosinofílica idiopática é um desafio uma vez que se trata de um diagnóstico de exclusão e se manifesta de diversas formas de

acordo com os diferentes sistemas acometidos, podendo envolver preferencialmente o trato gastrointestinal, como no caso que apresentamos. O reconhecimento e instituição precoce do tratamento adequado permite melhorar a sobrevida e qualidade de vida destes doentes.

### (18717) - DOENÇA DE CROHN ILEOCÓLICA REFRATÁRIA – TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DUPLA COM USTECINUMAB E VEDOLIZUMAB

Ferreira F B<sup>1</sup>, Rafael M A<sup>1</sup>, Branco J C<sup>1</sup>, Oliveira A M<sup>1</sup>, Santos L<sup>1</sup>; Horta D<sup>1</sup>, Lourenço L C<sup>1</sup>

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** Recentemente, a terapêutica biológica dupla tem vindo a ser utilizada como alternativa na doença inflamatória intestinal refratária a várias terapêuticas, em doentes selecionados e acompanhados em centros especializados. Tem sido demonstrado que a combinação destas terapêuticas permite alcançar remissão clínica numa grande proporção de doentes, com reduzida frequência de efeitos adversos graves. O sucesso clínico parece ser mais frequente nos doentes em que a terapêutica biológica dupla é iniciada pela presença de MEI.

**Objetivo:** Com este caso clínico, acompanhado por iconografia detalhada, pretendemos ilustrar o sucesso terapêutico da associação de ustecinumab (USK) e vedolizumab (VDZ) numa doente com doença de Crohn (DC) ileocólica com doença perianal e MEI refratária a múltiplas terapêuticas.

**Resumo do caso:** Trata-se de uma doente de 43 anos com DC ileocólica com fenótipo inflamatório e doença perianal (A2L3B1p) diagnosticada aos 24 anos. Ao longo do curso da doença, teve múltiplas manifestações extraintestinais (MEI) – espondilartropatia, polimucosite, polisserosite, uveíte e pioderma gangrenoso. Foi medicada com várias linhas terapêuticas (azatioprina, adalimumab e infliximab) por perda de resposta secundária, com necessidade de múltiplos cursos de corticoterapia sistémica. Foi também medicada com metotrexato (em combinação com anti-TNF) por artropatia axial e periférica, sem sucesso. Por perda de resposta secundária a infliximab apesar de níveis terapêuticos, foi efetuado *swap* para USK. Sob este biológico, verificou-se melhoria clínica do ponto de vista intestinal e osteoarticular após

otimização da dose do fármaco (4 em 4 semanas), mas sem remissão completa da doença.

Aos 16 meses de tratamento com USK, foi internada por agudização grave manifestada por febre, diarreia sanguinolenta (cerca de 8 dejeções diárias), proctalgia e agravamento de artralguas na anca, joelho e tornozelo. Adicionalmente, apresentava lesões cutâneas ulceradas e dolorosas nos membros inferiores, região suprapúbica e perianal, compatíveis com pioderma gangrenoso. Analiticamente, apresentava significativo aumento de parâmetros inflamatórios (leucocitose de 22.000 x10<sup>6</sup>/L com neutrofilia, proteína C reativa 24,5 mg/dL e velocidade de sedimentação 140 mm/hora). A retossigmoidoscopia revelou mucosa do reto e cólon sigmóide com aspeto pseudopolipóide, perda do padrão vascular, erosões dispersas e exsudado. A tomografia computadorizada revelou marcado edema do cego, cólon ascendente, sigmóide e reto, sem coleções intrabdominais. Iniciou corticoterapia endovenosa (metilprednisolona 60 mg/dia) e antibioterapia empírica, não tendo havido isolamentos microbiológicos. Verificou-se progressiva cicatrização das lesões de pioderma gangrenoso, mas melhoria apenas parcial do ponto de vista intestinal. Adicionalmente, efetuou ressonância magnética pélvica onde se identificaram dois trajetos fistulosos perianais, um deles com um abscesso de 18mm, pelo que foi drenado e abordadas as fistulas (tutorização de fístula interesfincteriana com seton e remoção de ponte cutânea de fístula submucosa). Estando sob terapêutica antibiótica empírica de largo espectro, iniciou terapêutica de indução de VDZ, assistindo-se a uma franca melhoria clínica, com normalização do padrão defecatório. Tendo em conta a refratariedade da doença intestinal a USK, com boa resposta a VDZ, em doente com MEI previamente controladas sob USK, optou-se por manter terapêutica biológica dupla com ambos os fármacos. No *follow-up*, após desmame de corticoterapia, a doente apresenta resposta clínica, encontrando-se em remissão da doença intestinal e com MEI controladas.

**Relevância:** Este caso ilustra o sucesso terapêutico da combinação de USK e VDZ na DC refratária a múltiplas terapêuticas, uma abordagem terapêutica ainda não validada por ensaios clínicos aleatorizados, mas em crescente utilização, com resultados favoráveis.