

REVISTA PORTUGUESA DE  
**COLOPROCTOLOGIA**

VOL. 18 Nº 2 ●●● JULHO 2021

ISSN 2183-3729

 Sociedade  
Portuguesa de  
Coloproctologia

|    |  |
|----|--|
| 04 | ■ ■ Editorial<br>Editorial<br>Dra. Irene Martins |
| 05 | ■ ■ Programa                                     |
| 13 | <b>Comunicações Livres:</b>                      |
| 14 | ■ ■ Melhores Vídeos                              |
| 16 | ■ ■ Melhores Posters e Casos Clínicos            |
| 22 | ■ ■ Comunicações                                 |
| 28 | <b>Comunicações Livres Digitais:</b>             |
| 29 | ■ ■ Vídeos                                       |
| 36 | ■ ■ Comunicações                                 |
| 61 | ■ ■ Casos Clínicos                               |
| 95 | ■ ■ Pósters                                      |

## ■|| **Corpo Editorial**

### **Diretor**

João Ramos de Deus

### **Editor**

Anabela Pinto

### **Editores Adjuntos**

Irene Martins

José Assunção Gonçalves

Nuno Rama

Paula Ministro

### **Conselho Científico**

Alexandre Duarte

Ana Azevedo

Ana Célia Caetano

Andreia Albuquerque

António Oliveira

Carlos Casimiro

Carlos Vaz

David Horta

Fernando Castro Poças

Francisco Portela

Gabriela Duque

Henrique Morna

João Pimentel

Jorge Sousa

Manuel Liberato

Manuel Limbert

Maria João Bettencourt

Marisa Santos

Nuno Rama

Pedro Correia da Silva

Rui Quintanilha

Sandra Barbeiro

Susana Lopes

Teresa Santos Silva

## ■|| **Órgãos Sociais**

### **DIREÇÃO**

#### **Presidente**

João Ramos de Deus

#### **Secretária-Geral**

Irene Martins

#### **Vice-Presidente**

Alexandre Duarte

#### **Presidente Eleito**

Francisco Portela

#### **Secretária-Geral Adjunta**

Paula Ministro

#### **Tesoureiro**

José Assunção Gonçalves

### **VOGAIS**

Ana Azevedo

Ana Célia Caetano

Anabela Pinto

Carlos Casimiro

Carlos Vaz

David Horta

Fernando Castro Poças

Gabriela Duque

Henrique Morna

Manuel Limbert

Maria João Bettencourt

Marisa Santos

Nuno Rama

Rui Quintanilha

Sandra Barbeiro

Susana Lopes

Teresa Santos Silva

### **ASSEMBLEIA GERAL**

#### **Presidente**

Pedro Correia da Silva

#### **Vice-Presidente**

Manuel Liberato

#### **Secretário**

Jorge Sousa

### **CONSELHO FISCAL**

#### **Presidente**

João Pimentel

#### **Secretário**

Andreia Albuquerque

#### **Vogal**

António Oliveira

#### **Secretariado**

e-mail: [spcoloprocto@gmail.com](mailto:spcoloprocto@gmail.com)

Site: [www.spcoloprocto.org](http://www.spcoloprocto.org)

A Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, cuja primeira eleição para os seus corpos sociais ocorreu em 1990, é uma sociedade única pelo facto de agregar duas especialidades - Cirurgia Digestiva e Gastrenterologia - que se complementam na partilha do conhecimento na área específica da coloproctologia.

O grande objectivo de qualquer sociedade científica é promover o conhecimento; foi com esse intuito que, no biénio presidido pelo Prof. Dr. José Manuel Romãozinho (2003-2005), foi dado início à publicação da Revista Portuguesa de Coloproctologia.

Foi também apanágio da actual Direcção, presidida pelo Dr. João Ramos de Deus, utilizar todos os meios disponíveis para a divulgação desta área de interesse, pelo que foi feita uma renovação profunda do site da nossa Sociedade no actual biénio; essa renovação acelerou o processo de transição digital e hoje, cerca de uma década e meia depois da publicação do primeiro número, a revista está exclusivamente online.

Celebramos por esta data mais uma edição do principal marco desta Sociedade, o XXX Congresso Nacional de Coloproctologia; vem sendo habitual, nos últimos anos,

dedicar um dos números da revista à publicação dos abstracts enviados para este evento, coincidindo a sua publicação com a data do mesmo. Estando nós a viver, há cerca de um ano e meio, uma situação pandémica com enorme impacto nas nossas vidas, seria de supor que a produção científica não fizesse parte das prioridades dos profissionais de saúde. Foi com grande satisfação que verificámos que tal não aconteceu e que, sobretudo os Internos de ambas as especialidades, encontraram espaço e ânimo para o envio dos seus trabalhos. Recebemos um total de 147 comunicações: 57 comunicações orais, 60 casos clínicos 10 posters e 20 vídeos.

É pois com grande esperança que olho para as novas gerações e vislumbro um futuro promissor; precisamos de todos os colegas, em especial dos mais jovens, para uma maior dedicação e adequada formação em coloproctologia, com a consequente melhoria dos cuidados de saúde nesta área a nível nacional e merecido reconhecimento além fronteiras.

**Irene Martins**

Secretária Geral.



**XXX** CONGRESSO  
NACIONAL DE

---

**COLOPROCTOLOGIA**

CENTRO DE CONGRESSOS LAGOAS PARK OEIRAS  
1, 2 E 3 DE JULHO DE 2021

**PROGRAMA CIENTÍFICO**  
*SCIENTIFIC PROGRAM*



**XXX** CONGRESSO  
NACIONAL DE

**COLOPROCTOLOGIA**

**PRESIDENTE DA SPCP | *SPCP PRESIDENT***

João Ramos de Deus

**PRESIDENTE DE HONRA DO CONGRESSO | *CONGRESS HONORARY PRESIDENT***

Antonino Camacho

**PRESIDENTE DO CONGRESSO | *CONGRESS PRESIDENT***

Irene Martins

**SECRETÁRIO DO CONGRESSO | *CONGRESS SECRETARY***

José Assunção Gonçalves

**COMISSÃO ORGANIZADORA | *ORGANIZATIONAL COMMITTEE***

Anabela Pinto, Carlos Vaz, David Horta, Manuel Limbert, Maria João Bettencourt

**COMISSÃO CIENTÍFICA | *SCIENTIFIC COMMITTEE***

Membros da comissão organizadora e ( Members of the organizing committee and ) Alexandre Duarte, Ana Azevedo, Ana Célia Caetano, Carlos Casimiro, Fernando Castro Poças, Francisco Portela, Henrique Morna, Gabriela Duque, Marisa Santos, Nuno Rama, Paula Ministro, Rui Quintanilha, Sandra Barbeiro, Susana Lopes, Teresa Santos Silva

**JÚRI DE MELHORES COMUNICAÇÕES | *JURY OF THE BEST COMMUNICATIONS***

**PRESIDENTE | *PRESIDENT***

Paula Ministro

**VOGAIS | *JURY MEMBERS***

Ana Margarida Vieira, Carlos Casimiro, Carlos Leichsenring, Jaime Ramos, Jorge Sousa, Rodrigo Costa e Silva, Sara Alberto, Susana Lopes, Teresa Santos Silva

**ACEDA À VERSÃO DIGITAL AQUI:**  
*ACCESS THE DIGITAL VERSION HERE:*





**ESCP 9th Regional Masterclass: Complex Decisions in Coloproctology**

**QUINTA-FEIRA, 1 DE JULHO DE 2021**

THURSDAY, JULY 1<sup>ST</sup> 2021

08:00 **Abertura do Secretariado | *Registration***

09:15 - 09:45 **Sessão de Abertura**  
***ESCP Welcome and Introduction to the Masterclass***

**SESSÃO 1**  
***SESSION 1*** **AIN E PATOLOGIA MALIGNA ANAL**  
***AIN AND ANAL MALIGNANCY***

Moderadores | *Moderators:* Miguel M Saraiva | TBC

09:45 - 10:00 **Rastreio do cancro anal: porquê, para quem e como?**  
***Anal cancer screening: why, for whom and how?***  
Oradora | *Speaker:* Andreia Albuquerque

10:00 - 10:15 **O papel da anuscopia de alta resolução no diagnóstico e tratamento das lesões anais pré-malignas | *The role of high-resolution anoscopy in the diagnosis and management of anal precancerous lesions***  
Orador | *Speaker:* Mayura Nathan

10:15 - 10:30 **Cirurgia de resgate no cancro anal | *Salvage surgery for anal cancer***  
Orador | *Speaker:* GA Binda

10:30 - 11:00 **Discussão | *Q&A***

**SESSÃO 2**  
***SESSION 2*** **ESTRATÉGIA/ABORDAGEM WATCH AND WAIT NO CANCRO DO RECTO**  
***WATCH AND WAIT POLICY IN RECTAL CANCER***

Moderadores | *Moderators:* GA Binda | Manuel Limbert

11:00 - 11:15 **Quem são os melhores candidatos ao W&W?**  
***Who are the best candidates for W&W?***  
Oradora | *Speaker:* Geerard Beets

11:15 - 11:30 **Como identificar uma resposta clínica completa?**  
***How to identify a complete clinical response?***  
Oradora | *Speaker:* Inês Santiago

11:30 - 11:45 **Cirurgia de resgate no regrowth após W&W**  
***Salvage surgery for local regrowths after W&W***  
Orador | *Speaker:* Nuno Figueiredo

11:45 - 12:15 **Discussão | *Q&A***

## ESCP 9th Regional Masterclass: Complex Decisions in Coloproctology

QUINTA-FEIRA, 1 DE JULHO DE 2021  
THURSDAY, JULY 1<sup>st</sup> 2021

- 12:15 - 12:45 **Conferência: Equilibrar Investigação e Prática Clínica**  
*Keynote Lecture: Balancing Research and Clinical Practice*  
Orador | *Speaker:* Anneel Bhangu
- 12:45 - 15:15 **Almoço | Lunch**
- SESSÃO 3**  
**SESSION 3** **Doença Diverticular**  
*Diverticular Disease*  
Moderadores | *Moderators:* Alexandre Duarte | TBC
- 15:15 - 15:30 **Tratamento conservador / Sem ressecção intestinal**  
*Nonoperative / Non-resective management*  
Orador | *Speaker:* Miguel M Saraiva
- 15:30 - 15:45 **Indicações cirúrgicas | Indications for surgery**  
Orador | *Speaker:* Guillaume Meurette
- 15:45 - 16:00 **Desafios na reintervenção cirúrgica | Challenges in reoperative surgery**  
Orador | *Speaker:* Willem Bemelman
- 16:00 - 16:30 **Discussão | Q&A**
- SESSÃO 4**  
**SESSION 4** **ESTOMAS**  
*STOMAS*  
Moderadores | *Moderators:* TBC
- 16:30 - 16:45 **Estomas difíceis: dicas e truques | Difficult stomas: tips and tricks**  
Orador | *Speaker:* Paolo Delrio
- 16:45 - 17:00 **Ileostomia de protecção: quem (necessita) e como (prevenir reinternamentos)**  
*Covering ileostomy: who (needs) & how (prevent readmissions)*  
Orador | *Speaker:* Willem Bemelman
- 17:00 - 17:15 **Viver com um estoma | Living with ostomy**  
Orador | *Speaker:* Nuno Rama
- 17:15 - 17:45 **Discussão | Q&A**
- 17:45 - 18:15 **Conferência: Como lidar com os nossos fracassos**  
*Keynote Lecture: Dealing with our failures*  
Orador | *Speaker:* José Fragata
- 18:15 **Sessão de Encerramento | Close of Masterclass**





**XXX CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA**

**SEXTA-FEIRA, 2 DE JULHO DE 2021**

FRIDAY, JULY 2<sup>ND</sup> 2021

- 08:00 **Abertura do Secretariado | *Registration***
- 09:15 - 09:45 **Sessão de Abertura | *Opening Session***
- 09:45 - 11:30 **Mesa Redonda - Incontinência Anal | *Round Table - Anal Incontinence***  
Presidente | *President:* Júlio Leite  
Moderadores | *Moderators:* Alexandre Duarte - Fernando Castro Poças -  
Maria do Céu Santo
1. **Mutilação genital feminina e trauma obstétrico**  
*Female genital mutilation and obstetric injury*  
Orador | *Speaker:* Geraldina Castro
  2. **Os efeitos psicológicos e sexuais da incontinência anal**  
*Psychosexual effects of anal incontinence*  
Orador | *Speaker:* Ana Povo
  3. **O que NÃO fazer na investigação e tratamento da incontinência anal**  
*What NOT to do in the investigation and treatment of anal incontinence*  
Orador | *Speaker:* Carolynne Vaizey
  4. **Apresentação de casos clínicos e discussão | *Cases and Q&A***  
Orador | *Speaker:* Élia Gamito
- 11:30 - 12:30 **Doença de Crohn – Estamos a mudar a história natural?**  
*Crohn's Disease – Are we changing the natural history?*  
Presidente | *President:* José Manuel Romãozinho  
Moderadores | *Moderators:* João Pimentel | Francisco Portela
- Perspectiva do Gastroenterologista | *Gastroenterologist's perspective*  
Oradora | *Speaker:* Joana Torres - João Pereira Silva
- Perspectiva do Cirurgião | *Surgeon's perspective*  
Orador | *Speaker:* Willem Bemelman
- 12:30 - 13:00 **Conferência – Fístula perianal: Terapêutica conservadora de esfíncter**  
*Conference – Perianal fistula: sphincter-saving approach*  
Presidente | *President:* João Ramos de Deus  
Conferencista | *Lecturer:* Vincent Parades
- 13:00 - 14:15 **Almoço | *Lunch***

- 14:15 - 15:15 **Simpósio Satélite MEDTRONIC - “Anastomoses Colorectais: - Otimização Da Técnica”** | *Satellite Symposium MEDTRONIC - “Colorectal Anastomosis: How To Optimize?”*
- Parte 1** - Anastomoses término-terminais – melhores práticas  
*Part 1 - End-to-end anastomosis – best practices*  
Orador | *Speaker:* Nuno Figueiredo
- Parte 2** - “Imagem por fluorescência – avaliação qualitativa e quantitativa”  
*Part 2- “Fluorescence Imaging – quantitative and qualitative evaluation”*  
Orador | *Speaker:* Nuno Rama
- 15:15 - 16:00 **Melhores Vídeos | *Best Videos***  
Presidente | *President:* António Oliveira  
Moderador | *Moderator:* Rui Pinto
- 16:00 - 16:45 **Área Temática: Gastrenterologia – Tumores neuroendócrinos do recto: na “terra” dos pequenos tumores** | *Thematic Area: Gastroenterology – Neuroendocrine tumors of the rectum: in the “land” of small tumors*  
Palestrante | *Speaker:* Isabel Claro  
Moderadores | *Moderators:* Anabela Pinto - Manuel Limbert
- 16:45 - 17:30 **Área Temática: Cirurgia Geral – Hemicolecotomia direita com linfadenectomia alargada(d3): indicação e papel da robótica** | *Thematic Area: General Surgery – Right hemicolectomy with d3 extended lymphadenectomy: indication and role of robotics*  
Palestrante | *Speaker:* Marcos Gómez-Ruiz  
Moderadores | *Moderators:* Marília Cravo - Nuno Rama
- 17:30 - 18:00 **Conferência – Rastreio do cancro do cólon e recto**  
*Conference – Colorectal cancer screening*  
Presidente | *President:* José Assunção Gonçalves  
Conferencista | *Lecturer:* Samar Al Hamoud
- 18:15 **Assembleia Geral da SPCP | *SPCP General Assembly***



**XXX CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA**

**SÁBADO, 3 DE JULHO DE 2021**

SATURDAY, JULY 3<sup>RD</sup> 2021

- 08:00 **Abertura do Secretariado | *Registration***
- 08:30 - 09:30 **Melhores Posters e Casos Clínicos | *Best Posters and Cases***  
Presidente | *President:* Cristina Inácio  
Moderadores | *Moderators:* Gabriela Duque - Anabela Rocha
- 09:30 - 11:15 **Mesa Redonda – Inovações em coloproctologia**  
***Round Table – Innovations in coloproctology***  
Presidente | *President:* Miguel Mascarenhas Saraiva  
Moderadores | *Moderators:* Nuno Nunes - Joana Mendes
1. Da mucosectomia à dissecação submucosa e papel da robótica  
*From mucosectomy to submucosal dissection and the role of robotics*  
Orador | *Speaker:* Pedro Barreiro
  2. Laparoscopia: 3D ou 4K? | *3D or 4K laparoscopy?*  
Orador | *Speaker:* Edgar Amorim
  3. Laser em proctologia | *Laser in proctology*  
Orador | *Speaker:* Eduardo Xavier
  4. Resolução endoscópica de complicações em colonoscopia  
*Endoscopic management of colonoscopy complications*  
Orador | *Speaker:* Luís Lourenço
- 11:15 - 12:00 **Área Temática: Cirurgia Geral - Endometriose em coloproctologia**  
***Thematic Area: General Surgery - Endometriosis***  
Palestrante | *Speaker:* Filipa Osório  
Moderadores | *Moderators:* David Serra - Carlos Vaz
- 12:00 - 12:45 **Área Temática: Gastrenterologia – Prurido anal: porquê tantos “pruridos” se esta queixa é tão comum? | *Thematic Area: Gastroenterology – Pruritus ani: why so much stress for a common complaint?***  
Palestrante | *Speaker:* Juan Ocaña Wilhelmi  
Moderadores | *Moderators:* Ana Azevedo - João Ramos de Deus
- 12:45 - 13:15 **Conferência – Coloproctologia em tempo COVID**  
***Conference – Coloproctological disorders during a pandemic***  
Presidente | *President:* João Gíria  
Conferencista | *Lecturer:* José Luís Trisancho
- 13:15 - 15:30 **Almoço | *Lunch* – Tempo alargado para visita aos stands expositores dos patrocinadores do Congresso | *Extended time to visit the Congress sponsors exhibitor booths***

## XXX CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

SÁBADO, 3 DE JULHO DE 2021  
SATURDAY, JULY 3<sup>RD</sup> 2021

- 15:30 - 16:45 **Melhores Comunicações Orais I** *Best Oral Presentation*  
Presidente | *President:* Raquel Gonçalves  
Moderadores | *Moderators:* Ana Célia Caetano - Marisa Santos
- 16:45 - 17:45 **Quiz Proctológico – Patologia anorectal benigna**  
*Proctology Quiz – Benign anorectal disorders*  
Moderadores | *Moderators:* David Horta - Maria João Bettencourt - Susana Ourô -  
Carlos Ferreira
- 17:45 - 18:15 **Conferência – Os nós e os laços da relação médico-doente na era digital**  
*Conference – Knots and ties of physician-patient relationship in the digital age*  
Presidente | *President:* Pedro Correia da Silva  
Conferencista | *Lecturer:* Vítor Cotovio
- 18:15 **Encerramento e Entrega de Prémios I** *Close and Awards*

# COMUNICAÇÕES LIVRES

## COMUNICAÇÕES LIVRES

SEXTA-FEIRA, 2 DE JULHO - 15:30 - 16:30

FRIDAY, 2<sup>ND</sup> JULY • 03:30 - 04:30 pm

MELHORES VIDEOS | BEST VIDEOS

### V09

#### DISSEÇÃO DA SUBMUCOSA DE LESÃO DO RETO BAIXO COM ENVOLVIMENTO DO CANAL ANAL / ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF LOWER RECTAL LESION EXTENDING TO THE ANAL CANAL

Chálim Rebelo C, Nunes N, Flor de Lima M, Moura DB, Santos MP, Santos V, Rego AC, Pereira JR, Paz N, Duarte MA

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Apresentamos o caso de doente do sexo masculino, com 71 anos, que realizou colonoscopia total no âmbito de rastreio do cancro do cólon. Apresentava pólipos séssil Paris Is, com 50mm de maior diâmetro, com envolvimento do canal anal, que foi removido por dissecação endoscópica de submucosa.

Utilizou-se fonte de eletrocirurgia ERBE VIO® 3 e faca hybrid-knife T. O procedimento foi iniciado com injeção de solução de glicerol com índigo de carmim e adrenalina. Prosseguiu-se com incisão da mucosa com hybrid-knife, utilizando-se corrente *dry-cut* efeito 4 e dissecação da submucosa, com corrente *swifft coagulation* efeito 3. Excisão total em bloco da lesão no final do procedimento. O exame anatomo-patológico mostrou pólipo adenomatoso tubulo-papilar, com displasia de baixo grau, com margens verticais e laterais livres.

A remoção endoscópica das lesões do reto baixo com envolvimento do canal anal, pelas suas características anatómicas, tais como o lúmen de calibre reduzido, o risco de hemorragia associado ao plexo venoso hemorroidário e de lesão das fibras nervosas, com eventual dor crónica, constitui um desafio técnico. A ressecção em bloco minimiza a probabilidade de recorrência local.

### V 18

#### CONTROLO DE HEMORRAGIA PÓS-POLIPECTOMIA, POR VIA LAPAROSCÓPICA / LAPAROSCOPIC CONTROL OF POST-POLYPECTOMY HEMORRHAGE

Eduarda Gonçalves, Alexandre Seculo, Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira

Hospital de Braga

**Introdução:** A hemorragia pós-polipectomia é uma das complicações mais frequentes durante a realização de uma colonoscopia. Esta hemorragia pode ocorrer imediatamente após a polipectomia ou após várias semanas. Habitualmente é possível o controlo da hemorragia por via endoscópica.

**Objetivo:** Apresentação de um caso de hemorragia pós-polipectomia em que não foi possível controlo hemorrágico endoscopicamente, tendo sido necessário abordagem cirúrgica com laqueação de vaso por laparoscopia.

**Material e métodos:** Paciente de 50 anos do sexo masculino admitido para polipectomia endoscópica do colon. Aos 40 cm da margem anal, verificou-se existência de pólipo volumoso com 50 mm de pedículo comprido e espesso removido na totalidade com ansa diatérmica após colocação de endoloop. Após a polipectomia verificou-se hemorragia pulsátil que se tentou controlar sem sucesso com injeção de adrenalina diluída e múltiplos clips. O doente foi então encaminhado para o bloco operatório para controlo cirúrgico de hemorragia cólica.

Posicionamento em decúbito dorsal. Colocação de 3 portas de trabalho. Visualização de tatuagem no local de polipectomia a nível do transversal distal. Colotomia longitudinal com aspiração de coágulos. Eversão da mucosa com identificação de vaso sangrante e controlo da mesma com sutura contínua. Coloplastia transversal com sutura contínua em dupla camada. Encerramento por camadas.

**Resultados:** Sem complicações pós-operatórias. Alta ao terceiro dia pós-operatório.

**Conclusão:** Nas raras ocasiões em que não é possível

o tratamento endoscópico de complicações hemorrágicas de polipectomia a abordagem laparoscópica orientada por tatuagem prévia permite um controlo efetivo da hemorragia com mínima morbidade.

## V 19

### **SIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR DOENÇA DIVERTICULAR COM FISTULA COLO-VESICAL / LAPAROSCOPIC SIGMOIDECTOMY DUE TO DIVERTICULAR DISEASE WITH COLOVESICAL FISTULA**

Eduarda Gonçalves, Carlos Costa Pereira, Olga Oliveira, Joaquim Costa Pereira

Hospital de Braga

**Introdução:** A doença diverticular é uma patologia prevalente com um aumento da incidência nos últimos anos. Atinge preferencialmente indivíduos com idades superiores a 65 anos, com uma localização preferencial no cólon sigmoide. A diverticulite associada a fistula colo-vesical é uma complicação pouco frequente desta entidade. No entanto a doença diverticular é uma das principais causas de fistula colo-vesical.

**Objetivo:** Apresentação de um caso de fistula colo-vesical por doença diverticular submetido a sigmoidectomia com resseção de fistula.

**Material e métodos:** Relato de um caso de um doente de 59 anos do sexo masculino referenciado à consulta de Cirurgia Geral por infeções recorrentes do trato urinário associada a fecalúria. Realizou TAC que demonstrou a presença de fistula colo-vesical no contexto de Diverticulose tendo sido proposta sigmoidectomia eletiva com resseção de fistula.

Posicionamento em decúbito dorsal. Colocação de 4 portas de trabalho. Resseção da fistula colo-vesical com cistectomia de cerca de 1 cm<sup>2</sup> de bexiga. Abordagem do mesocólon com identificação e laqueação da artéria rectal superior. Mobilização medial do mesocólon. Secção retal no reto alto. Colotomia com colocação de anvil no cólon descendente. Seção cólica. Anastomose colo-retal lateroterminal mecânica. Cistorrafia com sutura continua. Encerramento por camadas.

**Resultados:** Sem complicações pós-operatórias. Alta ao terceiro dia pós-operatório, com indicação de manter

algália. Em consulta pós-operatória, doente sem queixas sintomáticas tendo sido removida algália. Avaliado numa segunda consulta após a remoção de algália, assintomático tendo tido alta da consulta.

**Conclusão:** Em situações de diverticulite complicada com fistula colo-vesical a sigmoidectomia com resseção da fistula é o tratamento *gold-standard*, apresentando uma resolução completa dos sintomas com mínima morbidade.

## COMUNICAÇÕES LIVRES

SÁBADO, 3 DE JULHO • 08:30 - 09:30  
SATURDAY, 3<sup>RD</sup> JULY • 08:30 - 09:30 am

### MELHORES POSTERS E CASOS CLÍNICOS | BEST POSTERS AND CASES

#### POSTERS

##### P100

#### IMPACTO DA PANDEMIA SARS-COV2 NOS DOENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO PROSPETIVO UNICÊNTRICO / IMPACT OF THE SARS-COV2 PANDEMIC ON PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE – PRELIMINARY RESULTS OF A PROSPECTIVE, SINGLE-CENTER STUDY

Luísa Martins Figueiredo; Fábio Correia; Maria Ana Rafael; Luís Lourenço; Ana Maria Oliveira; Joana Carvalho e Branco; Liliana Santos; Alexandra Martins

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** O impacto real da infeção COVID-19 nos doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) é desconhecido. Equacionou-se que esta população poderia constituir um grupo de risco.

**Objetivo:** Com este estudo pretende-se avaliar a incidência da infeção por SARS-CoV2, o impacto do início/alteração da terapêutica para a DII e respetiva morbimortalidade, durante a pandemia a COVID-19 em Portugal

**Material e métodos:** Estudo prospetivo transversal. Incluíram-se os doentes com DII seguidos num Serviço de Gastrenterologia Hospitalar de uma área de influência com alta taxa de incidência de SARS-CoV2, de 01/03/2020 a 31/08/2020. Dados obtidos através de episódios de teleconsulta, internamento, Serviço de Urgência e Hospital de Dia.

**Resultados:** Incluídos 335 doentes, 194 do sexo feminino, com média de idades de 47,4 anos (18-88). 200 Doença de Crohn (DC), 132 Colite Ulcerosa, 3 colites não classificadas. 320 estavam sob terapêutica (95,5%): salicilatos n=230 (71,9%), corticoterapia sistémica n=34 (10,6%) (18 iniciaram durante a pandemia), tiopurinas/metotrexato n=117 (36,6%) (8 iniciaram neste período), biológicos n=148 (46,3%) (14 iniciaram neste período). 7 doentes (2,2%) triplamente imunossuprimidos. 75 doentes apresentavam doença em remissão, 232 ligeira/moderada, 28 doença grave (com necessidade de internamento). Verificou-se infeção SARS-CoV2 em 3 doentes (taxa de incidência: 0,89%), tratados em ambulatório. 2 do sexo masculino, média de idades de 58 anos, 2 com DC. Comorbilidades: 0: n=1; 2: n=1; 4: n= 1. 2 doentes estavam sob salicilatos e um sob adalimumab (em monoterapia, antes da pandemia). Não se registou nenhum óbito.

**Conclusões:** Todos os doentes iniciaram ou mantiveram a sua terapêutica de DII de acordo com orientações clínicas atuais. Não se documentou uma incidência de infeção a COVID-19 significativamente superior à da população local e portuguesa em geral. De acordo com os nossos resultados preliminares, a população com DII não parece constituir um grupo de risco para contrair infeção ou ter um curso grave da doença.

##### P 101

#### MUCOSECTOMIA COM CAP PARA RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO RETO: UMA OPÇÃO EFETIVA / CAP ASSISTED ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION FOR RECTAL NEUROENDOCRINE TUMOURS: AN EFFECTIVE OPTION

Mafalda João, Luís Elvas, Miguel Areia, Susana Alves, Filipe Taveira, Daniel Brito, Sandra Saraiva, Ana Teresa Cadime

Serviço de Gastrenterologia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, Portugal

**Introdução:** Os tumores neuroendócrinos (TNE) do reto apresentam incidência crescente. A maioria dos tumores de pequenas dimensões pode ser excisada endoscópica-



mente, no entanto, a abordagem ótima é controversa. A mucosectomia convencional associa-se, frequentemente, a taxas de ressecção endoscópica incompleta. A disseção endoscópica submucosa permite elevadas taxas de ressecção completa, mas é tecnicamente complexa e associa-se a maior número de complicações. Alguns estudos sugerem a mucosectomia modificada (assistida por cap) como uma alternativa efetiva e segura.

**Objetivo:** Este estudo pretendeu avaliar a eficácia e segurança da mucosectomia com cap na ressecção de TNE do reto com dimensões  $\leq 10$ mm, sem invasão da muscularis propria ou linfovascular.

**Material e métodos:** Estudo prospetivo unicêntrico incluindo consecutivamente TNE do reto com  $\leq 10$ mm sem invasão da muscularis propria ou linfovascular confirmada em ultrassonografia endoscópica, submetidos a mucosectomia com cap entre 2017 e 2020. Colheita de dados demográficos, clínicos e histopatológicos através de registos médicos eletrónicos.

**Resultados:** Incluídos 12 doentes (género masculino: 58,3%; n=7) com idade mediana de 61 (44-76) anos. A maioria das lesões localizavam-se no reto inferior (75%, n=9) e apresentava tamanho mediano de 6 (4-10) mm. Na avaliação por ultrassonografia endoscópica, 75% (n=9) encontravam-se limitados à muscularis mucosa. Dois casos corresponderam a recorrências de mucosectomias convencionais prévias. A ressecção foi macroscópica e histologicamente completa em todos os casos. A análise histológica revelou 75% (n=9) tumores de grau 1 e 25% tumores de grau 2 (n=3). O índice Ki-67 foi inferior a 2% em 83% (n=12) dos casos. Não se verificaram eventos adversos imediatos ou diferidos. O seguimento de 75% dos casos (n=9) com mediana de 12 (6-36) meses não revelou lesão residual ou recorrência ao exame endoscópico e ultrassonográfico.

**Discussão / conclusão:** A mucosectomia com cap é uma técnica endoscópica segura, rápida e efetiva para a ressecção de TNE retais pequenos sem fatores de alto risco. Estudos comparativos prospetivos permitirão o estabelecimento da abordagem endoscópica mais profícua.

## P 102

### ANUSCOPIA DE ALTA RESOLUÇÃO VS CITOLOGIA ANAL NO RASTREIO DA DISPLASIA ANAL ASSOCIADA AO HPV - EXPERIENCIA DE UM SERVIÇO

Sandra Pires\*, Bruno Pereira\*, Tania Meira\*, Sandra Morgado\*, João Cruz\*\*, Paula Borralho\*\*, Ricardo Gorjão\*

\*Serviço de Gastrenterologia

\*\*Serviço de Anatomia Patológica - Hospital CUF Descobertas

**Introdução:** A incidência de carcinoma anal (CaA) tem vindo aumentar nos últimos anos em grupos considerados de risco (HIV+, homens que fazem sexo com homens(HSH), mulheres com lesões ginecológicas avançadas associada ao vírus do papiloma humano (HPV), doentes sob terapêutica imunossupressora e doentes com condilomas anais). As lesões intraepiteliais anais (LIEA) com displasia de alto grau (DAG) associadas ao HPV são consideradas as lesões precursoras do CaA. O rastreio da displasia anal, nestes grupos de risco, tem sido sugerido fortemente embora a sua implementação e metodologia ainda não é consensual. A citologia anal (CA), as biopsias orientadas pela anuscopia de alta resolução (AAR) associadas ou não a genotipagem do HPV são os métodos sugeridos

**Objetivo:** Avaliar o papel da anuscopia de alta resolução no rastreio displasia anal associada ao HPV.

**Material / métodos:** Realizada análise retrospectiva das CA e biopsias obtidas por AAR realizadas a doentes com patologia associada ao HPV e pertencendo a um ou mais grupo de risco, referenciados à Consulta de Proctologia, entre fevereiro/2016-novembro/2020.

**Resultados:** Foram realizadas 125 AAR diagnosticas a 86 doentes (35H e 51M, idade média 43 anos). Todos os exames foram precedidos por CA. Os doentes (d) apresentavam fatores de risco identificados: 7 HIV+, 29 HSH, 37 HPV ginecológico, 53 com antecedentes de condilomas, 3 sob terapêutica imunossupressora; coexistindo mais do que um fator em 57d.

A CA foi negativa em 64 casos, e nestes, a AAR revelou LIEA em 29 (45%), sendo 15 com displasia de baixo grau (DBG) e 14 com DAG. A CA revelou células escamosas de significado incerto (ASCUS) em 27 casos, sendo identi-

ficadas LIEA em 12 (44%), 4 DBG e 8 DAG. Nas restantes 34 CA alteradas (lesões escamosas com displasia de baixo e de alto grau) verificou-se concordância ou lesão mais grave em 24 AAR (71%). As lesões com DAG foram tratadas com árgon plasma sob AAR.

**Conclusões:** A realização da AAR permitiu diagnosticar LIEA mesmo na presença de CA negativa.

A identificação e mapeamento das áreas com LIEA sob AAR permitiram um tratamento ablativo mais preciso, sendo útil no seguimento posterior.

A metodologia ideal para o rastreio das LIEA deve incluir associação de CA e AAR.

### P 103

#### **AValiação DA ACUIDADE DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RMN) NO REESTADIAMENTO APÓS TERAPÊUTICA NEOADJUVANTE NO CANCRO DO RETO / EVALUATION OF MAGNETIC RESONANCE (MRI) ACUITY IN RESTAGING AFTER NEOADJUVANT THERAPY IN RECTAL CANCER**

Teresa Freitas Correia, Paula Marques, Cláudio Silva, Mónica Sampaio, Ana Cristina Silva, Pedro Brandão, Marisa D. Santos

Centro Hospitalar e Universitário do Porto – Hospital Santo António

**Introdução:** Nos tumores do reto localmente avançados do terço médio e distal, é essencial uma abordagem terapêutica combinada, consistindo em terapêutica neoadjuvante (TN): quimiorradioterapia (QRT) ou radioterapia (RT) isolada seguida de cirurgia com intuito curativo, tendo por objetivo a promoção do *downsizing* e *downstaging* tumoral. A RMN pélvica é considerado em todo este plano terapêutico o exame *gold standard* tanto no estadiamento como no reestadiamento pós TN.

**Objetivo:** Avaliação da acuidade da RMN no reestadiamento após TN e de factores que possam condicionar a sua sensibilidade.

**Material e métodos:** Estudo observacional, retrospectivo dos doentes operados nos últimos 6 anos num Centro de Referência de Tratamento de Cancro do Reto que fizeram TN. Foram excluídos os doentes sem RMN de estadiamento e de reestadiamento após TN. Análise descritiva e estatística utilizando o SPSS 23.

**Resultados:** Analisamos 56 doentes tratados com TN

seguida de cirurgia (2015 – 2020), 68% homens e 32% mulheres. A idade média da amostra é 67 anos. A lesão localizava-se no terço médio em 50% dos doentes e no terço distal nos restantes. A TN utilizada foi em 42 doentes QRT e em 14 doentes RT esquema curto. O estadiamento clínico inicial era em 55% dos doentes T3N+ tendo ocorrido *downsizing* em 91% dos doentes e *downstaging* em 75%. A RMN pós neoadjuvância foi realizada entre as 5 – 12 semanas (mediana 8). A percentagem de concordância entre o estadiamento T e N da RMN realizada após TN e o resultado anatomo-patológico da peça operatória foi de 32% (n=18). Quando testados isoladamente a taxa de concordância para T foi de 39% e para N foi de 73%. Não se encontraram associações entre a concordância dos estadiamentos pós neoadjuvância e da peça operatória para os factores género, IMC, localização do tumor e radiologista.

Nos doentes N+ no estadiamento inicial existe uma maior concordância entre o estadiamento na RMN pós TN e na peça operatória. Não há diferença entre os resultados independentemente do tipo de TN ou do timing da realização da RMN.

**Conclusão:** A resposta patológica à TN é determinada no exame anatomo-patológico; no entanto, também a RMN pélvica tem ganho importância na avaliação clínica da resposta à TN, mostrando algum potencial na identificação de doentes respondedores. Na nossa amostra há maior concordância entre o N da RMN e da peça operatória do que o T mostrando maior acuidade na avaliação do *downstaging* do que no *downsizing*, conforme o referido na maioria da literatura.

### P 104

#### **EVOLUÇÃO RECENTE DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DA MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA**

Guilherme Simões, Verónica Gamelas, Rita Saraiva, Manuel Rocha, Tiago Capela, António Pinto, João Coimbra

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central

**Introdução:** A mucosectomia endoscópica (ME) é uma técnica para ressecção de lesões superficiais do tubo digestivo, evitando assim a necessidade de cirurgia. Ao longo dos anos têm sido sugeridas várias modificações

## CASOS CLÍNICOS | CASES

## CC 13

**RESSECÇÃO POR VIA TRANSVAGINAL DE GIST RECTAL: RELATO DE CASO / TRANSVAGINAL RESECTION OF RECTAL GIST: CASE REPORT**

Marta M. Ferreira, Narcisa Guimarães, Inês Bolais Mónica, Simone Oliveira, Daniela Pato Pais, Sara Andrade,  
Nuno Azenha, Raquel Dias, Isabel Borges,  
Jose Valente Cecilio

*Hospital Distrital da Figueira da Foz*

**Introdução:** Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) representam 80% dos tumores mesenquimatosos. São tumores relativamente raros, particularmente no que se refere à sua localização no recto (5%). Trata-se de um tumor com origem nas células precursoras das células intersticiais de Cajal, células localizadas no plexo mioentérico da parede gastrointestinal servindo como reguladoras da motilidade gastrointestinal. Aproximadamente 10-30% são clinicamente malignos, no entanto, todos têm potencial de malignidade. O tratamento de escolha para os GIST rectais ressecáveis é a ressecção cirúrgica completa (R0), uma vez que é o tratamento mais eficaz e com menor risco de recorrência. No entanto, trata-se de uma localização que implica um desafio cirúrgico adicional, uma vez que cirurgias mais agressivas levam a maior morbidade.

**Objetivo:** Com este caso clínico, pretendemos apresentar um método de ressecção local do GIST rectal, a excisão por via transvaginal.

**Resumo do caso:** Apresentamos o caso de uma mulher de 81 anos que recorreu ao serviço de urgência por retorragias. Ao exame objetivo, apresentava uma massa rectal, na dependência da parede anterior do recto, ulcerada, suspeita de formação tumoral. Foi programada a colonoscopia e biópsia cujo resultado revelou tratar-se de GIST. A doente realizou ainda tomografia computadorizada (TC) que mostrou uma formação tumoral no recto, sem densificação da gordura do espaço isquiorectal nem presença de adenopatias e RMN pélvica que mostrou uma massa no espaço rectovaginal com 5,1x3,1 cm com origem na parede anterior do recto a cerca de 2,9 cm

à técnica que têm como objetivo de tornar o procedimento mais eficaz e seguro.

**Objectivo:** Comparar a eficácia e a segurança das ME colo-rectais realizadas em dois períodos: 2013-2016 vs 2017-2019.

**Material:** Análise retrospectiva das ME de lesões colo-rectais com base  $\geq 20$ mm realizadas num hospital terciário entre 2013-2019. As lesões foram divididas em dois grupos de acordo com a data de realização do procedimento: 2013-2016 (grupo1) vs 2017-2019 (grupo2). Analisaram-se as características das lesões, aspectos técnicos do procedimento, taxa de recorrência endoscópica e complicações. Análise estatística com Excel®2010 e STATA®v12.1.

**Resultados:** Analisadas 348 ME de lesões colo-rectais realizadas em 323 doentes. Foram realizadas 136 ME em 123 doentes no grupo 1 e 212 ME em 200 doentes no grupo 2. A idade mediana foi de 71 (47;89) anos no grupo1 e 70 (33;91) anos no grupo2. Os grupos não diferiram significativamente no género, nem na dimensão e localização das lesões.

Registaram-se 6 (4,4%) complicações no grupo1 e 8 (3,77%) no grupo2 ( $p=0,77$ ): destas, requereram cirurgia urgente 5 (3,7%) no grupo1 e 1 (0,5%) no grupo2 ( $p=0,036$ ).

A taxa de recorrência endoscópica foi 22,7% (27/119) no grupo1 e 18,1% (36/199) no grupo2 ( $p=0,319$ ). A taxa de sucesso endoscópico global após a ME index foi de 84,6% (115/136) no grupo1 e 83,5% (172/206) no grupo2 ( $p=0,793$ ). A técnica de ressecção foi a remoção em bloco em 30,9% (42/136) das lesões do grupo1 vs 27,4% (58/212) do grupo2 ( $p=0,478$ ).

**Conclusão:** A eficácia da mucosectomia endoscópica manteve-se relativamente alta e estável ao longo dos anos, a segurança do procedimento foi significativamente superior no período mais recente

do canal anal com provável origem não epitelial e sem aparente invasão local. Tendo em conta os achados, a doente foi submetida a ressecção transvaginal da lesão. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e sem disfunção anal. Pela natureza do tumor, a doente fez tratamento adjuvante com imatinib.

**Relevância:** Dos vários tipos de tratamento cirúrgicos disponíveis, a excisão transvaginal é um procedimento possível para lesões localizadas na região retovaginal, permitindo não só a excisão tumoral como evitar a lesão iatrogénica do aparelho esfinteriano anal.

### CC16

#### **DOENÇA DE WHIPPLE COM ENVOLVIMENTO DO CÓLON / WHIPPLE DISEASE WITH COLON INVOLVEMENT**

Verónica Gamelas, Inês Canha, Sara Santos, Manuel Rocha, Verónica Borges, Carlos Bernardes

*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

Mulher de 78 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu à Urgência por quadro com 5 meses de evolução caracterizado por diarreia (2 dejeções aquosas/dia, volumosas, por vezes noturnas) e perda ponderal de 20 kg (33% do peso corporal). Negava febre ou contexto epidemiológico de relevo.

Do estudo realizado destacava-se anemia microcítica (8.4 g/dL), ferropénica, leucocitose com neutrofilia e proteína C reactiva elevada (73,8 mg/L). Por imunoglobulinas elevadas com componente monoclonal em imunofixação, foi submetida a mielograma e biópsia óssea, que foram diagnósticos de mieloma múltiplo.

O estudo microbiológico e parasitológico das fezes, bem como a pesquisa de *Giardia* foram negativos e o doseamento de calprotectina fecal foi normal. A avaliação por tomografia computadorizada e entero-ressonância mostraram quadro cólico e delgado sem alterações, evidenciando-se densificação da raiz mesentérica com gânglios proeminentes.

A ileocolonoscopia revelou, no ascendente distal, mucosa difusamente hiperemiada e edemaciada, friável, com redução da distensibilidade, erosões e ulceração superficial, numa extensão de 10 centímetros; sem alterações endoscópicas nos restantes segmentos,

incluindo íleon terminal. O exame anatomopatológico das biopsias de íleon e cólon identificou a presença de macrófagos espumosos, com inúmeras estruturas granulares intracitoplasmáticas PAS (+) e Ziehl-Neelsen (-). O estudo endoscópico alto revelou mucosa duodenal hiperemiada, friável, com linfangiectasias e vilosidades hipertrofiadas, tendo os resultados histológicos sido semelhantes.

Foi avaliada pela Neurologia, não se tendo documentado alterações ao exame neurológico. Foi submetida a punção lombar, cuja pesquisa de DNA de *Tropheryma whipplei* por PCR foi positiva.

Foi iniciada terapêutica com ceftriaxone endovenoso, seguido de trimetropim-sulfametoxazol oral, verificando-se melhoria clínica.

A doença de Whipple é uma doença sistémica rara e potencialmente fatal, cuja apresentação clássica se caracteriza por diarreia e perda ponderal, muitas vezes precedida por queixas articulares. O diagnóstico é baseado em achados típicos nas biópsias duodenais ou jejunais, devendo ser confirmado com um segundo teste diagnóstico (imunohistoquímica ou PCR). O envolvimento cólico, raramente descrito na literatura, permitiu o diagnóstico desta entidade no caso apresentado. A pesquisa da bactéria no líquido cefalorraquidiano deve ser sempre realizada, sendo positiva em cerca de metade dos doentes.

### CC26

#### **PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA COLITE ULCEROSA AGUDIZADA GRAVE / SPONTANEOUS PNEUMOMEDIASTINUM: A RARE COMPLICATION OF ACUTE SEVERE ULCERATIVE COLITIS**

Emanuel Dias

*Centro Hospitalar de São João*

**Introdução:** O pneumomediastino é uma complicação rara da colite ulcerosa, geralmente associado a perfuração após procedimentos endoscópicos ou no contexto de megacólon tóxico. A sua ocorrência reflecte sempre um grau severo de inflamação cólica e a possibilidade de perfuração deve ser cuidadosamente excluída.

**Objectivo:** Descrever uma complicação rara, mas possível, em casos de agudização grave de colite ulcerosa, que pode ocorrer mesmo na ausência de perfuração.

**Resumo do caso:** Uma mulher de 21 anos, com antecedentes pessoais de colite ulcerosa, apresentou-se com dor abdominal e diarreia com rectorragias. Do ponto de vista analítico, apresentava elevação significativa dos marcadores inflamatórios. A rectosigmoidoscopia mostrou actividade endoscópica grave com ulceração e hemorragia espontânea ao longo do recto e cólon sigmóide. A doença havia sido diagnosticada 3 anos antes como pancolite e, após falência terapêutica a infliximab e vedolizumab, tinha iniciado recentemente golimumab. Apesar de resposta favorável a corticoterapia intravenosa, após switch para corticoterapia oral verificou-se recidiva sintomática, com taquicardia sinusal associada. Foi realizado TC abdominal, que mostrou dilatação ligeira e espessamento parietal do cólon, sem evidência de pneumoperitoneu ou megacólon tóxico. Surpreendentemente, os planos torácicos mostraram a presença de pneumomediastino. A doente acabou por ser submetida a colectomia total com ileostomia terminal, com evolução favorável após a cirurgia. A amostra cirúrgica revelou a presença de inflamação grave, mas não foram encontrados sinais de perfuração. Em TC de reavaliação efectuado 5 dias após a cirurgia, não se detectaram complicações e o pneumomediastino havia diminuído de tamanho. A doente permanece assintomática e aguarda reconstrução do trânsito intestinal.

**Relevância:** Embora surja tipicamente no contexto de perfuração ou em associação a megacólon tóxico, podem ocorrer casos de pneumomediastino espontâneo em associação a episódios de agudização de colite ulcerosa na ausência destas complicações, possivelmente devido a perfurações microscópicas causadas por inflamação grave da parede do cólon que resultam na disseminação de ar para o espaço retroperitoneal e subsequente difusão para o mediastino. Realça-se, no entanto, que o aparecimento de pneumomediastino reflecte sempre actividade grave e a possibilidade de perfuração deve ser cuidadosamente excluída.

## COMUNICAÇÕES LIVRES

SÁBADO, 3 DE JULHO - 15:45 - 16:45  
SATURDAY, 3<sup>RD</sup> JULY • 03:45 - 04:45 pm

MELHORES COMUNICAÇÕES ORAIS  
| BEST ORAL PRESENTATIONS

### CO09

#### INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E COLONOSCOPIA POR CÁPSULA: DETEÇÃO AUTOMÁTICA DE SANGUE E OUTRAS LESÕES DA MUCOSA DO CÓLON ATRAVÉS DE UMA REDE NEURAL CONVOLUCIONAL / AUTOMATIC DETECTION OF BLOOD AND OTHER SIGNIFICANT COLONIC LESIONS IN COLON CAPSULE ENDOSCOPY USING A CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK

Miguel Mascarenhas Saraiva

Centro Hospitalar Universitário de São João

**Introdução:** A colonoscopia convencional (CC) é considerada o *gold standard* para o diagnóstico e monitorização de diversas patologias do cólon. Contudo, a sua execução pode associar-se a desconforto e apresenta um baixo (mas existente) risco de complicações, que incluem hemorragia e perfuração. A colonoscopia por cápsula endoscópica (CCE) foi introduzida em 2006 e estabeleceu-se como uma alternativa não invasiva para os pacientes que recusam CC ou para os quais esta é contraindicada. No entanto, cada CCE produz milhares de imagens, cuja revisão é morosa, existindo risco de erro diagnóstico, dado que as lesões se podem restringir a um número diminuto de imagens. A deteção de sangue ou lesões da mucosa do cólon por CCE pode ser desafiante, sendo vital para um tratamento precoce e eficaz.

**Objetivo:** Este estudo visa desenvolver um algoritmo de inteligência artificial baseado numa rede neural convolucional (RNC) para a deteção automática de sangue no lúmen ou outras lesões significativas da mucosa do cólon em imagens de CCE.

**Métodos:** Foram analisados um total de 24 exames de CCE (PillCam Colon 2<sup>®</sup>) realizados num único centro entre 2010-2020. Destes, foram extraídas 7640 imagens: 3065 continham sangue; 1660 lesões da mucosa (pólipos, úlceras e erosões, e angiectasias); as restantes mostravam mucosa normal. Para a identificação automática destes achados, as imagens foram introduzidas num modelo de RNC com transferência de conhecimento usando as ferramentas tensorflow e keras. Subsequentemente, a performance da rede foi avaliada usando um set de teste independente.

**Resultados:** Após otimização das diferentes camadas da RNC, o nosso modelo foi capaz de detetar e distinguir a presença de sangue e lesões da mucosa do cólon com uma sensibilidade e especificidade de 89% e 95%, respetivamente, assim como uma precisão e exatidão de 89% e 94%, respetivamente. Especificamente, a RNC detetou sangue com uma sensibilidade de 99% e especificidade de 97%. A deteção de lesões da mucosa ocorreu com uma sensibilidade e especificidade de 85% e 94%, respetivamente.

**Conclusões:** O nosso grupo desenvolveu uma RNC pioneira capaz de detetar sangue e lesões da mucosa cólica com base em imagens de CCE. Estes achados são de extrema importância, uma vez que o desenvolvimento de ferramentas automáticas que permitam a deteção destas lesões de alta relevância clínica permitirá diminuir o erro diagnóstico e o tempo despendido na avaliação destes exames.

## CO13

**ESCLEROTERAPIA COM POLIDOCANOL ESPUMOSO NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA EM DOENTES COM ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO, CONTROLADO / POLIDOCANOL FOAM SCLEROTHERAPY IN THE TREATMENT OF HEMORRHOIDAL DISEASE IN PATIENTS WITH BLEEDING DISORDERS: PROSPECTIVE, CONTROLLED COHORT STUDY**

Paulo Salgueiro<sup>1,2</sup>, Mónica Garrido<sup>1</sup>, Ana Maria Oliveira<sup>3</sup>, Bruno Rosa<sup>4</sup>, Daniela Falcão<sup>1</sup>, Tiago Guedes<sup>1</sup>, Isabel Pedroto<sup>1,2</sup>, Fernando Castro-Poças<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário do Porto;

<sup>2</sup> Instituto de Ciências Abel Salazar - Universidade do Porto;

<sup>3</sup> Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE;

<sup>4</sup> Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE

**Introdução:** A laqueação elástica, tratamento instrumental *gold-standard* na doença hemorroidária (HD), é contraindicada em doentes com alterações da coagulação (BD). Por ter baixo risco hemorrágico, a escleroterapia poderá ser uma alternativa.

O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia e segurança da escleroterapia com polidocanol espumoso (PFS) na HD comparando doentes com BD (Grupo B) com um grupo controlo sem BD (Grupo A).

**Métodos:** Estudo multicêntrico (3 instituições), prospectivo, controlado que incluiu doentes (com ou sem BD) com HD graus 1 a 3 submetidos a PFS (1 a 3 sessões/participante). A avaliação da eficácia incluiu o sucesso terapêutico (combinando a escala de hemorragia hemorroidária [HDBG] e o score de Sodergren). Para avaliação da segurança foram registadas as complicações.

Nenhum dos participantes realizou profilaxia hemorrágica e/ou suspendeu a medicação antitrombótica.

**Resultados:** Incluídos, ao longo de 18 meses, 228 doentes (Grupo A: 155; Grupo B: 73) com idade média de 59.4±15.9 anos. No grupo B, 64 doentes estavam sob terapêutica antitrombótica e 9 apresentavam BD hereditária. Severidade inicial da HD: 80,3% dos participantes tinha HD graus 2 ou 3 (Grupo A: 76.8% VS Grupo B: 87.7%, p=0.073); 81.6% apresentavam HDBG graus 2 ou 3 (Grupo A: 74.2% VS Grupo B: 97,3% p=<0.001); o score de Sodergren mediano (IQR) foi de 7 (4.00) e 10 (3.00),

p=0.019, nos grupo A e B, respetivamente.

Características da intervenção: o número médio de sessões/doente foi 1.51±0.73 (Grupo A: 1.43±0.65 VS Grupo B: 1.68±0.86, p=0.073) e o volume médio de polidocanol foi 22.6±10.88mL (Grupo A: 22.5±10.53 VS Grupo B: 22.9±11.66, p=0.073).

Eficácia: variação do HDBG -1.54±0.71 (Grupo A: -1.39±0.70 VS Grupo B: -1.85±0.64, p<0.001); sucesso terapêutico de 93.4% (Grupo A: 92.9% VS Grupo B: 94.5%, p=0.646).

**Segurança:** ocorreram complicações em 11.4% dos participantes (Grupo A: 12.3% VS Grupo B: 9.6%, p=0.659) 96.2% das quais minor.

**Discussão / conclusões:** Apesar de, no Grupo B, a HD ser mais grave isto não se traduziu em menor sucesso terapêutica havendo mesmo maior decréscimo da HDBG em relação ao grupo controlo. Verificou-se, no entanto, necessidade de mais sessões terapêuticas.

Que seja do nosso conhecimento este é o primeiro estudo especificamente desenhado para este vulnerável grupo de doentes e os resultados permitem concluir que a PFS é igualmente eficaz e segura no tratamento da HD em doentes com ou sem alterações da coagulação. ClinicalTrials.gov: NCT04188171.

## CO 26

**INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA CARATERIZAÇÃO DE PÓLIPOS COLORRETAIS: ESTUDO PROSPETIVO EM AMBIENTE CLÍNICO USANDO O CADEYE® / ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN THE CHARACTERIZATION OF COLORECTAL POLYPS: A PROSPECTIVE STUDY IN A CLINICAL SETTING USING CADEYE®**

Catarina Correia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** As diretrizes atuais recomendam a ressecção e análise histopatológica de todos os pólipos colorretais. O diagnóstico ótico em tempo real pode evitar a ressecção de pólipos não neoplásicos (*Diagnose-and-leave-behind*) e a análise histopatológica de adenomas diminutos (*Predict-resect-and-discard*), reduzindo os custos em saúde.

**Objetivo:** Avaliar a acuidade do diagnóstico por computador usando o CADEYE® (Fujifilm, Alemanha) na caraterização

ótica de pólipos colorretais em comparação com o diagnóstico endoscópico, tendo a histopatologia como *gold-standard*.

**Métodos:** Estudo prospetivo unicêntrico de pólipos colorretais diminutos/pequenos, entre setembro-novembro/2020. Participaram 13 endoscopistas (6 especialistas;7 internos), previamente submetidos a um breve curso online de cromoendoscopia com Blue Laser Imaging (BLI). Primeiro, dois endoscopistas realizaram caracterização ótica independente, com colonoscopia de alta definição com BLI sem ampliação. Segundo, caracterização ótica pelo CADEYE® no modo BLI. Terceiro, resseção de todos os pólipos e avaliação histopatológica independente por dois patologistas gastrointestinais.

**Resultados:** Incluídos 159 pólipos (tamanho médio  $5,0\pm 2,4\text{mm}$ ;2-9mm), caracterizados por histopatologia como adenomas (115;72,3%) e não adenomas (44;27,7%). Quanto à diferenciação de pólipos neoplásicos/hiperplásicos, o CADEYE® teve uma acuidade diagnóstica de 81,1% *versus* 82,1% ( $p=0,132$ ) para endoscopistas especialistas com sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo de 78,4%, 83,7%, 92,9% e 59,0% para o CADEYE® e 75,9%, 88,4%, 94,6% e 57,6% para endoscopistas especialistas. Excluindo os pólipos com caracterização de baixa confiança, a acuidade diagnóstica foi 83,9% *versus* 87,3% ( $p=0,014$ ) para o CADEYE® e especialistas, respetivamente.

Na caracterização ótica por internos (148 pólipos), a acuidade diagnóstica foi 77,6% (*versus* 80,4% para o CADEYE®;  $p=0,201$ ); considerando apenas a caracterização de alta confiança, a acuidade diagnóstica foi de 84,0% (*versus* 83,3% para o CADEYE®;  $p=0,705$ ).

**Conclusão:** O CADEYE® é uma ferramenta user-friendly com elevada acuidade na caracterização ótica de pólipos colorretais, que parece não ser superior à caracterização de alta confiança do endoscopista. Contudo, a caracterização ótica por endoscopista ou CADEYE® ainda está abaixo do alvo mínimo desejável (PIVI 90%). A otimização da tecnologia de inteligência artificial poderá permitir a sua futura implementação clínica.

## CO 28

### INFLUÊNCIA DA ESTEATOSE HEPÁTICA NA INCIDÊNCIA DE METÁSTASES HEPÁTICAS EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA DO RETO SUBMETIDOS A QUIMIORRADIOTERAPIA NEOADJUVANTE E RESSEÇÃO CIRÚRGICA CURATIVA / INFLUENCE OF LIVER STEATOSIS ON DEVELOPMENT OF LIVER METASTASIS IN RECTAL CANCER PATIENTS SUBMITTED TO NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY AND CURATIVE RESECTION

Pedro Campelo; Tânia Gago; Joana Roseira; Ana Catarina Cunha; Sónia Barros; Pedro Alves; Paulo Caldeira; Marta Eusébio; Horácio Guerreiro

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**Introdução:** Estudos recentes têm mostrado que o microambiente hepático é um fator determinante no desenvolvimento de metástases neste órgão. No entanto, o impacto da esteatose hepática (EH) na incidência de metástases hepáticas do carcinoma colorretal não está bem estabelecido. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre EH e a incidência de metástases hepáticas em doentes com carcinoma do reto submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante (QRTn) e resseção cirúrgica curativa.

**Material e métodos:** Foram incluídos doentes diagnosticados com carcinoma do reto entre março/2012 e setembro/2018, submetidos a QRTn e resseção cirúrgica curativa. Obteve-se a atenuação média em Unidades Hounsfield do fígado e baço na Tomografia Computadorizada pré-tratamento e os doentes com um rácio fígado-baço  $<1,0$  foram classificados como apresentando EH.

**Resultados:** Foram incluídos 98 doentes, 58,2% do sexo masculino, com uma idade média de  $64,3\pm 10,1$  anos. Oitenta e sete (88,8%) apresentavam estadiamento clínico local avançado. Treze (13,3%) apresentavam EH segundo critérios imagiológicos. O tempo médio de seguimento desde a resseção cirúrgica até à última avaliação hospitalar ou morte foi de  $33,1\pm 18,7$  meses. Doze doentes (12,2%) desenvolveram metástases hepáticas no tempo de seguimento. A incidência de metástases hepáticas foi significativamente superior no grupo de doentes com EH ( $p=0,003$ ) e inferior nos doentes com *downstaging* ( $p=0,032$ ) ou resposta patológica completa ( $p=0,035$ ) após QRTn. O índice de massa corporal não



teve influência na metastização hepática ( $p=0,489$ ). Não se observou uma associação estatisticamente significativa entre a incidência de metástases extra-hepáticas e EH ( $p=0,176$ ). Na análise multivariada, a EH foi um fator de risco independente para metastização hepática (odds ratio = 4,84; intervalo de confiança de 95%: 1,12-20,95;  $p=0,035$ ).

**Conclusão:** As metástases hepáticas do carcinoma do reto são mais frequentes na presença de EH, o que pode sugerir que esta constitua um microambiente favorável para o seu desenvolvimento. Estes dados fazem questionar se uma intervenção na EH poderá diminuir a incidência de metástases hepáticas e aumentar a sobrevivência dos doentes com carcinoma do reto.

### C039

#### VARIAÇÃO DIÁRIA DA PCR - UMA FERRAMENTA IMPORTANTE PARA EXCLUIR DEISCÊNCIA DA ANASTOMOSE / CRP DAILY VARIATION – A VALUABLE TOOL FOR EXCLUDING ANASTOMOTIC LEAKAGE

Catarina Roquete, Ricardo Rocha, Antonio Soares, Paula Azevedo, Rita Camarinho, Antonio Gomes, Carla Carneiro, Vítor Nunes

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

**Background:** A deiscência da anastomose (DA) é uma complicação importante da cirurgia de cancro colorretal. A trajetória da proteína C-reativa (PCR) após o 2º dia pós-operatório (DPO) com descida após o pico é característica da ausência de DA. O objetivo deste estudo é quantificar a descida da PCR entre o 2º-3º DPO, assegurando uma alta precoce e segura.

**Métodos:** Analisou-se retrospectivamente dados de doentes submetidos a cirurgia de cancro colorretal com anastomose primária durante o período de janeiro de 2012 a dezembro de 2018. Realizou-se análise univariada e multivariada, regressão logística, determinação da área sob a curva ROC (AUC) e valores cut off associados.

**Resultados:** 214 doentes foram estudados (Grupo A, com DA,  $n=25$ , (11,7%), Grupo B, sem DA,  $n=189$ ). Na análise multivariada verificou-se associação entre a DA e o sexo masculino ( $p=0,016$ ; OR 5,5), maior tempo de internamento (13 vs 7 dias,  $p=0,007$ ) e mortalidade

hospitalar (16% vs 4%,  $p=0,026$ ). Quanto à trajetória da PCR no pós-operatório, no grupo B, a PCR atingiu o pico no 2ºDPO diminuindo posteriormente, enquanto que, no grupo A, a PCR foi significativamente maior a partir do 2ºDPO, aumentando até ao 4ºDPO. Verificou-se que a PCR teve maior utilidade diagnóstica para a DA no 4ºDPO (AUC=0,816), seguida da variação de PCR entre 3º-4ºDPO (AUC = 0,777), PCR no 3ºDPO (AUC=0,772), PCR no 5ºDPO (AUC=0,747) e variação de PCR entre 2º-3ºDPO (AUC=0,702). Uma diminuição de PCR superior a 37% entre 2º-3ºDPO (valor preditivo negativo (VPN) de 99%) e de 39% entre 3º-4ºDPO (VPN de 100%) maximizam a sensibilidade.

**Conclusão:** Doentes que não desenvolvem DA apresentam uma descida de PCR entre o 2º-3ºDPO. Uma diminuição de 37% entre o 2º-3ºDPO e de 39% entre o 3º-4ºDPO excluem DA e asseguram uma alta precoce segura.

### C046

#### RESSECÇÃO ILEOCECAL LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN – RESULTADOS CIRÚRGICOS E QUALIDADE DE VIDA / LAPAROSCOPIC ILEOCECAL RESECTION IN CROHN'S DISEASE – SURGICAL OUTCOMES AND QUALITY OF LIFE

Guimarães A., Andrade R., Manso A., Ribeiro A.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A Doença de Crohn (DC) cursa frequentemente com complicações e necessidade de intervenção cirúrgica. O local mais frequentemente envolvido é o íleon terminal com ou sem envolvimento cecal. As complicações associadas à doença ileocecal traduzem-se em sintomatologia com impacto substancial na Qualidade de Vida (QV) dos doentes. A ressecção ileocecal (RIC) é o tratamento indicado na doença fibroestenotante ileocecal. Estudos demonstram que a cirurgia precoce tem benefícios face à terapêutica biológica. A cirurgia minimamente invasiva é o *Gold Standard* na DC complicada com estenose e as anastomoses intracorpóreas (AIC) associadas a estes procedimentos têm vantagens conhecidas apesar de não ser frequente a sua aplicação na DC.

**Objetivo:** Avaliar os resultados da RIC laparoscópica e das AIC na DC e determinar a avaliação subjetiva da QV associada à doença dos doentes operados.

**Material / métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo de uma única instituição, envolvendo doentes a RIC num período de 5 anos, entre janeiro de 2016 e outubro de 2020, por DC. Foi analisada a demografia, tempo operatório, taxas de mortalidade e de conversão, taxas de complicações imediatas e resultado clínico. A QV associada à doença foi avaliada mediante questionário de satisfação com a cirurgia do Cleveland Global Quality of Life (CGQL).

**Resultados:** A análise estatística incluiu 47 doentes, com uma idade média de 36 anos. O tempo operatório médio foi 152 min, com um internamento médio de 7,6 dias. Verificou-se 2% de conversão de técnica cirúrgica. Não se verificou mortalidade aos 90 dias. Houve uma estratégia de terapêutica cirúrgica precoce em 13 doentes. Verificou-se 28% de complicações aos 90 dias. A terapêutica cirúrgica relacionou-se com o aumento da QV subjetiva dos doentes.

**Conclusão:** A terapêutica cirúrgica está associada à satisfação subjetiva dos doentes e à melhoria da QV relacionada com a doença. A técnica laparoscópica proporciona resultados clínicos mais favoráveis. O uso de AIC poderá estar associada a benefícios cirúrgicos e à maior satisfação dos doentes. A abordagem cirúrgica no tratamento precoce da DC deve ser considerada em casos selecionados.

# COLOPROCTOLOGIA

BOLSAS DE ESTÁGIO  
2021

**ESPECIALISTAS E INTERNOS  
(GASTROENTEROLOGIA / CIRURGIA)**

CANDIDATURAS DIRIGIDAS À SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA  
[spcoloprocto@gmail.com](mailto:spcoloprocto@gmail.com)

DATA LIMITE: 30 DE SETEMBRO DE 2021

REGULAMENTO DISPONÍVEL EM:

[www.spcoloprocto.org](http://www.spcoloprocto.org)

Bolsas de estágio no valor de 3.000 euros



AV. FONTES PEREIRA DE MELO, 25, 1º ESQ., 1050-117 LISBOA

TELEMÓVEL: 926794599

**COMUNICAÇÕES LIVRES DIGITAIS**

## COMUNICAÇÕES LIVRES DIGITAIS

### VÍDEOS

#### V01

### POPS-STARR – UMA CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA / POPS-STARR – A MINIMALLY INVASIVE SURGERY

Cláudia Leite, Andreia Santos, José Carlos Pinto, José Castro, Rosa Simão, Carlos Casimiro.

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

**Introdução:** POPS-STARR representa “Suspensão de Prolapso de Órgãos Pélvicos – Ressecção Retal Trans-anal com Agrafagem” e constitui uma moderna cirurgia para o tratamento numa só fase do prolapso dos 3 compartimentos pélvicos na mulher. Os sintomas do POP (Prolapso de Órgãos Pélvicos) podem causar um impacto dramático na qualidade de vida, atividade física e reação emocional. As cirurgias trans-vaginais e de suspensão colpo-sagrada podem associar-se ao síndrome de obstrução defecatória que causa recorrência dos sintomas.

**Métodos:** Os autores relatam o caso clínico de uma doente do género feminino, de 63 anos, múltipara, com história de depressão e queixas de prolapso retal e uterino, assim como de incontinência urinária, refratária a uma cirurgia prévia de reparação de cistocelo, e a terapia de reabilitação do pavimento pélvico. Esta doente foi referenciada à consulta de Cirurgia Colo-retal pela Uro-ginecologia, e estudada com colonoscopia e defeco-ressonância.

**Resultados:** Foi submetida a uma cirurgia de POPS-STARR que decorreu sem incidentes, teve alta ao 3.º dia de pós-op e permanece clinicamente assintomática ao 5.º mês de pós-op.

**Discussão:** Esta cirurgia é simples, eficaz e segura. O prolapso dos 3 compartimentos pélvicos deve ser sempre

abordado por uma equipa multidisciplinar, composta por um Uro-ginecologista, um Cirurgião Colo-retal e um Fisioterapeuta.

#### V 04

### DISSECANDO POR MÉTODO DE POCKET – DISSEÇÃO DA SUBMUCOSA DE LESÃO POLIPOIDE DA SIGMOIDEIA / DISSECTION USING THE POCKET-CREATION METHOD – ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF A POLYPOID LESION OF THE SIGMOID

Moura, D.B., Nunes, N., Rebelo, C.C., Flor de Lima, M., Santos, M.P., Santos, V., Rego, A.C., Pereira, J.R., Paz, N., Duarte, M.A.

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

A disseção endoscópica da submucosa é uma técnica endoscópica eficaz na ressecção completa de lesões polipoides com maior risco de invasão superficial da submucosa.

Doente do sexo masculino, 73 anos de idade, realizou colonoscopia que revelou a presença de um pólipó sésil com cerca de 40 mm na sigmoideia (classificação de Paris Is, JNET 2B).

Submetido a disseção endoscópica da submucosa. Procedeu-se à injeção de solução de glicerol com índigo de carmim e adrenalina. Seguiu-se a incisão da mucosa com *dual-knife*, utilizando-se corrente *dry-cut* efeito 2.5. Foi efetuada disseção da submucosa por método de *pocket* com faca *dual-knife*, tendo sido utilizada corrente *swift* coagulation efeito 3, com excisão total do fragmento no final do procedimento.

A avaliação anatomopatológica do material excisado revelou tratar-se de um pólipó adenomatoso do cólon de tipo tubular com displasia epitelial de baixo grau e margens de excisão livres.

Este caso pretende demonstrar a vantagem da execução do método de *pocket* na disseção da submucosa. Como já descrito por outros autores, a aplicação deste método permitiu a remoção completa em bloco de uma lesão de maiores dimensões.

**V06****RETOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA ÚLCERA SOLITÁRIA DO RETO**

Jarimba A; Ferreira L; Teslyak O; Devesa H; Barradas R; Marques S; Lopes M;

*Hospital distrital de Santarém*

**Resumo:** O síndrome da úlcera retal solitária é uma doença benigna incomum, caracterizada por uma combinação de sintomas, achados clínicos e alterações histológicas. Homens e mulheres são igualmente afetados. É um patologia rara nas crianças. As características clínicas incluem sangramento retal, secreção abundante de muco, esforço excessivo prolongado, dor perineal e abdominal, sensação de defecação incompleta, obstipação e prolapso retal.

A etiologia permanece obscura e aparentemente multifatorial. As teorias mais aceites relacionadas com a etiologia estão frequentemente associadas a trauma direto ou causas de isquemia local. Está também frequentemente associada a patologia do pavimento pélvico. O diagnóstico é baseado na clínica, achados endoscópicos e histológicos.

Esta patologia é frequentemente difícil de tratar, e várias estratégias têm sido defendidas, desde o tratamento conservador até uma variedade de procedimentos cirúrgicos. A opção/escolha do tratamento depende da gravidade dos sintomas e da presença ou ausência de prolapso retal.

O presente caso refere-se a uma mulher de 50 anos, seguida em consulta de gastroenterologia por queixas de proctalgia associada a diarreia crónica e pequeno prolapso retal. Em seguimento e em colonoscopia foi diagnosticada lesão ulcerada única no reto médio cujo resultado histológico identificou "fragmentos de mucosa distal com erosões associadas a pseudopolipoides, com fibrose do córion e atrofia glandular".

Submetida a tratamento médico durante cerca de 20 meses pela Gastroenterologia, sem melhoria clínica. Por persistência das queixas e da úlcera retal solitária, efetuou estudo funcional do pavimento pélvico por RMN Pélvica e Manometria ano retal, confirmando-se prolapso retal moderado, com descida patológica do pavimento.

Foi então proposto tratamento cirúrgico - retopexia ventral laparoscópica, que a doente aceitou.

Cirurgia decorreu sem intercorrências, tendo tido alta as 48h.

Primeira avaliação passado 14 dias de pós-operatório: clinicamente bem, sem dor e com diminuição do nº de dejeções.

Realizou retossigmoidoscopia 6 meses após a operação: com cicatrização da lesão ulcerada do reto.

**V07****LESÃO VASCULAR RECTAL SECUNDÁRIA A ENEMA DE LIMPEZA / VASCULAR RECTAL LESION AFTER CLEANSING ENEMA**

Andrea Silva; Sandra Lopes; Pedro Amaro; Pedro Figueiredo

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A obstipação é um problema comum na população, principalmente nos idosos. A utilização de enemas de limpeza é frequente pela sua eficácia. No entanto, podem ser fonte de complicações e morbidade entre os utilizadores.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico de uma possível complicação da utilização de enemas de limpeza.

**Material e métodos:** Neste trabalho descrevemos o caso clínico de uma mulher, de 80 anos, com antecedentes de doença hepática crónica por infeção por vírus da hepatite C, hipertensão arterial e patologia depressiva, medicada com trazodona e escitalopram, transferida de outro hospital, por hematoquézias, com dois dias de evolução. Ao exame objetivo, o abdómen era indolor à palpação e o toque rectal mostrou a presença de sangue, mas sem tumefações palpáveis. Após o toque rectal, iniciou hematoquézias de sangue vermelho vivo abundantes. Analiticamente, apresentava anemia normocítica, normocrómica, com 11g/dL de hemoglobina (valor prévio de 14g/dL há 6 meses) sem outras alterações relevantes. Teria realizado colonoscopia total, há 3 meses, descrita como normal.

**Resultados:** Realizada rectossigmoidoscopia onde se verificou que o recto estava preenchido com sangue vermelho vivo e coágulos com origem em lesão vascular circunscrita, presente no recto baixo, alinhada com o

canal anal. No decorrer do exame, constatou-se hemorragia arteriolar activa, onde foi aplicado endoclip, com eficácia imediata.

O alinhamento e as características da lesão levantaram a suspeita de traumatismo por corpo estranho. Após revisão da anamnese, a doente revelou o surgimento de sintomas após realização de enema de limpeza, por obstipação com cerca de 5 dias de evolução. Assumiu-se assim, provável relação causal entre esta lesão e traumatismo provocado por sonda de enema.

**Discussão / conclusão:** As sondas dos enemas apresentam diferentes tamanhos, formatos e materiais, mas todas podem induzir lesões anorrectais.

Este vídeo ilustra uma lesão de uma possível complicação da utilização destes dispositivos.

Os autores descrevem este caso pela importância das lesões induzidas pelos enemas de limpeza, utilizados de forma frequente pela população idosa e seus cuidadores e pelo valor da recolha sistemática de toda a informação, incluindo o uso destes dispositivos, na construção da história clínica.

#### V08

### DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA EM DOIS EXTREMOS ANATÓMICOS / ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION IN TWO ANATOMICAL ENDS

Chálim Rebelo C, Nunes N, Flor de Lima M, Moura DB, Santos MP, Santos V, Rego AC, Pereira JR, Paz N, Duarte MA

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Descrevem-se dois casos de dissecação da submucosa de lesões localizadas em dois segmentos distintos do cólon, ascendente proximal e reto.

O primeiro caso diz respeito a um doente do sexo masculino, com 64 anos, com lesão polipóide sésil Paris Is de 25mm, JNET 2B, no cólon ascendente, detetado em exame de rastreio de cancro do cólon. O segundo caso refere-se a uma doente do sexo feminino, de 64 anos, com lesão polipóide sésil Paris Is, com cerca de 70mm de diâmetro, localizada no reto, a 10 cm da margem anal. Em ambos os casos foi utilizada a fonte de eletrocirurgia ERBE VIO® 3 e faca hybrid-knife T. Iniciaram-se os procedimentos com a injeção de solução de glicerol com índigo de carmim e adrenalina. Realizou-se incisão da mucosa

com hybrid-knife, utilizando-se corrente *dry-cut* efeito 4 e dissecação da submucosa com corrente swifft coagulation efeito 3. No primeiro caso foi efetuado método de tração com clip. Verifica-se excisão em bloco das lesões. Histologicamente, no primeiro caso, tratava-se de adenoma tubular com displasia de alto grau e, no segundo, de pólipolo adenomatoso com displasia de baixo grau, com margens verticais e laterais livres.

A dissecação da submucosa permite a ressecção eficaz de lesões neoplásicas de grandes dimensões, evitando o recurso à cirurgia e diminuindo a recidiva local. Neste caso, evidenciou-se o sucesso técnico na abordagem terapêutica de lesões do cólon, inclusivamente à direita, por dissecação da submucosa.

#### V12

### RESSECÇÃO ILEOCECAL LAPAROSCÓPICA POR DOENÇA DE CROHN COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA / TECHNICAL ASPECTS OF LAPAROSCOPIC ILEOCECAL RESECTION WITH INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS IN CROHN'S DISEASE

Guimarães A., Manso A. Andrade R., Ribeiro A.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A abordagem cirúrgica laparoscópica no tratamento da Doença de Crohn (DC) complicada com estenose é o *gold standard*. Devido ao significativo processo inflamatório local verificado nesta patologia, os aspetos técnicos e a realização de anastomoses intracorpóreas, mesmo na Ressecção ileocecal (RIC), apresenta dificuldades particulares. As anastomoses intracorpóreas (AIC) têm claras vantagens face às extracorpóreas e permitem uma incisão supra-púbica para extração de peças muitas vezes volumosas, com maior benefício estético e menor risco de complicações da ferida operatória.

**Objetivo:** No presente vídeo demonstra-se a técnica de RIC laparoscópica na DC com o intuito de sistematizar o procedimento por esta técnica, face às particularidades associadas a esta patologia.

**Material / métodos:** Apresenta-se o caso clínico de um homem de 62 anos com apresentação inicial de DC ileocecal estenosante e corpo estranho oclusivo a este nível, e a descrição da cirurgia.

**Resultados:** Realizada RIC laparoscópica com AIC e remoção de peça operatória por incisão de Pfannensteil. Pós-operatório sem intercorrências com alta ao terceiro dia pós-operatório. Seguimento com boa evolução clínica, sem necessidade de introdução farmacológica de biológicos.

**Conclusão:** As características do quadro inflamatório associado à DC apresentam dificuldades técnicas particulares e riscos acrescidos. Uma técnica apurada é essencial para permitir uma cirurgia verdadeiramente minimamente invasiva com claras vantagens para o doente sem comprometer os princípios do tratamento da DC. A experiência e sistematização técnicas são fundamentais para um bom resultado cirúrgico e clínico.

### V13

#### **PERIANAL PAGET'S DISEASE EXCISION – VIDEO VIGNETTE**

Antonio S Soares, Ricardo Rocha, Rita Camarinho, Paula Azevedo, Fernando Gomes Rosa, Rui Leitão, Carla Carneiro, Vítor Nunes

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*

Apresenta-se o caso de um doente de 70 anos que se apresentou com uma doença de Paget perianal. Após um estudo adequado e discussão em reunião multidisciplinar optou-se por excisão desta lesão, exemplificado passo a passo no vídeo que submetemos. A lesão foi excisada por completo e neste momento o doente está livre de doença.

### V15

#### **RETOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA: STEP BY STEP / LAPAROSCOPIC VENTRAL RECTOPEXY: STEP BY STEP**

Rita Pereira; Inês Sousa; Miguel Neves; Inês Sales; Maria Inês Coelho; Paulo Alves; Nuno Rama; Paulo Clara; Sandra Amado; Miguel Coelho; Vítor Faria

*Centro Hospitalar de Leiria*

**Introdução:** O prolapso rectal é uma condição debilitante e que afeta negativamente a qualidade de vida dos doentes. Ocorre mais frequentemente em mulheres múltiparas por volta da 7ª década de vida e consiste no deslizamento distal do reto através do diafragma pélvico.

O objetivo da cirurgia no tratamento desta condição é, não só restaurar a anatomia, mas também restabelecer a função basal do reto. Estão descritas várias abordagens cirúrgicas, sendo atualmente a mais aceite e utilizada na maioria dos casos a retopexia ventral laparoscópica com colocação de prótese.

**Objetivo:** Demonstração da técnica da retopexia ventral laparoscópica.

**Material e métodos:** Apresentação de um caso clínico através de vídeo que demonstra os diferentes passos da retopexia ventral laparoscópica com prótese biológica.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 71 anos, seguida em consulta por prolapso retal e retocelo, com queixas de obstrução defecatória. Tem antecedentes de histerectomia vaginal e colpoplastia anterior. Realizou defecografia por ressonância magnética que demonstrou obstrução defecatória com retocelo de 3.6 centímetros com insuficiência do pavimento pélvico. Foi submetida a retopexia ventral laparoscópica com colocação de prótese biológica. A cirurgia decorreu sem intercorrências. Teve alta hospitalar ao terceiro dia de pós-operatório.

**Conclusão:** A retopexia ventral laparoscópica é atualmente o procedimento de eleição no tratamento do prolapso rectal. Pode utilizar-se uma prótese biológica ou sintética. Esta técnica está associada a baixas taxas de recidiva e de complicações pós-operatórias, e, por não haver dissecação pélvica posterior, torna menos provável a lesão de nervos autonómicos.

### V16

#### **ENDOMETRIOSE INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UM CASO / INTESTINAL ENDOMETRIOSIS: A CASE REPORT**

Oriana Nogueira; Marta Silva; Ana Costa, Eva Santos; Miguel Fernandes; José Guilherme Tralhão

*Serviço de Cirurgia - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC)*

A endometriose é uma condição ginecológica benigna, histologicamente definida pela presença de endométrio fora da cavidade endometrial. O intestino é o local de endometriose extra-genital mais comum (nomeadamente colon sigmoide, reto e íleo terminal). A endometriose intestinal pode manifestar-se desde lesões superficiais (serosa/subserosa) a lesões infiltrativas profundas (mus-



cular ou mucosa), o que pode levar a sintomatologia variável, implicando atrasos/erros no diagnóstico e dificuldades no tratamento adequado.

Este vídeo mostra o caso de uma mulher de 41 anos, sem antecedentes de relevo, com dor cíclica na fossa ilíaca direita (FID) com 2 anos de evolução, associada a enfartamento pós-prandial, distensão abdominal e história de obstipação. Ao exame objetivo apresentava desconforto à palpação profunda na FID/ hipogastro. Realizou colonoscopia que revelou pequeno abaulamento apendicular, sem alterações da mucosa subjacente. A colonografia por TC e TC pélvica sugeriram lesão sólida/expansiva na parede medial do cego, na topografia da inserção do apêndice. Foi submetida a laparoscopia exploradora tendo sido realizada ressecção do polo inferior do cego. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta ao fim de três dias. O estudo anatomopatológico revelou endometriose da parede do cego. Ao *follow-up* de 2 meses a doente apresenta-se assintomática.

### V17

#### **HEMICOLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA: STEP BY STEP / LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY: STEP BY STEP**

Rita Pereira; Tânia Valente; Maria Inês Coelho; Paulo Clara; Sandra Amado; Paulo Alves; Nuno Rama; Vítor Faria; Miguel Coelho

*Centro Hospitalar de Leiria*

**Introdução:** A cirurgia laparoscópica do cólon apresentou uma notável expansão nas últimas décadas, com resultados oncológicos sobreponíveis à técnica clássica e múltiplas vantagens a curto prazo, sendo hoje considerada como a técnica *gold standard* por muitos autores. A abordagem laparoscópica do cólon direito permite identificar o plano de dissecação e efetuar uma abordagem de medial para lateral e de caudal para cranial, o que vai permitir a libertação do ângulo hepático. A anastomose pode ser realizada intra ou extracorpórea, de acordo com a preferência do cirurgião.

**Objetivo:** Demonstração da técnica da hemicolecotomia direita laparoscópica.

**Material e métodos:** Apresentação de um caso clínico

através de vídeo que demonstra os diferentes passos da hemicolecotomia direita laparoscópica.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 74 anos, seguida em consulta por lesão adenomatosa com displasia de alto grau peri-apendicular, não passível de ressecção endoscópica, foi submetida a hemicolecotomia direita laparoscópica eletiva. A cirurgia decorreu sem intercorrências. Teve alta hospitalar ao sétimo dia de pós-operatório.

**Conclusão:** É essencial uma abordagem standard da hemicolecotomia direita laparoscópica, seguindo os passos fulcrais à sua realização e respeitando os planos embriológicos, quer para obter cirurgias mais rápidas e com menos complicações, quer para garantir uma progressão mais célere da curva de aprendizagem do cirurgião.

### V20

#### **ESFINCTEROPLASTIA: STEP-BY-STEP / SHINCTEROPLASTY: STEP BY STEP**

Inês Sousa, Rita Pereira, Diana Parente, Miguel Neves, Marisa Ferreira, Paulo Alves, Nuno Rama, Vítor Faria

*Centro Hospitalar de Leiria*

**Introdução:** A incontinência fecal é definida como a passagem involuntária de fezes pelo ânus. Pode ser devida a vários fatores mas na maioria dos casos é multifatorial, sendo de extrema importância determinar o(s) fator(es) causador(es) para melhor adequar a abordagem destes doentes. Existem várias estratégias terapêuticas, médicas ou cirúrgicas, sendo a esfínteroplastia a técnica cirúrgica mais conhecida para o tratamento dos defeitos do esfíncter anal.

**Objetivos:** Análise de uma das técnicas cirúrgicas usadas no tratamento da incontinência fecal, a esfínteroplastia.

**Materiais e métodos:** Apresentação de um vídeo que demonstra os vários passos da esfínteroplastia, bem como a técnica cirúrgica correta.

**Resultados:** A técnica da esfínteroplastia está bem descrita na literatura. A cirurgia inicia-se com uma incisão curvilínea no períneo no bordo externo do esfíncter anal externo. Em seguida diseca-se o septo anovaginal, tendo cuidado para não lesar os nervos pudendos posterolateralmente. Diseca-se o esfíncter anal externo e os dois topos dissecados são sobrepostos sem tensão. Seguidamente pode ser realizada uma plastia do músculo

puborectal. Sutura-se o esfíncter anal interno e inverte-se a anoderme e margem anal para obter pregas perianais simétricas. Por último é realizada a sutura do esfíncter anal externo e a ferida encerrada.

**Discussão / conclusão:** A esfínteroplastia é uma técnica que está indicada quando existe um defeito no aparelho esfínteriano, particularmente nos casos em que se verifica lesão traumática do esfíncter anal externo. É uma técnica que está bem descrita, no entanto é tecnicamente exigente e deve ser realizada por cirurgiões experientes. Os resultados a curto-prazo são favoráveis, no entanto a longo prazo há uma progressiva deterioração da continência, embora na maioria dos casos com menos impacto na qualidade de vida quando comparada com antes da cirurgia.

### V21

#### ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA RECTOVAGINAL

António Manuel Rosa de Oliveira

*Hospital Central do Funchal*

As fístulas rectovaginais apresentam resolução complexa e tradicionalmente eram abordadas por técnicas cirúrgicas. Nos últimos anos, as soluções endoscópicas têm uma utilização crescente no encerramento destas complicações.

Os autores relatam o caso de uma doente do sexo feminino, com 60 anos, com antecedentes de cancro de mama com necessidade de mastectomia parcial, e medicada habitualmente com tamoxifeno, escitalopram e trazodona.

Devido a perdas hemáticas, a doente realizou uma colonoscopia total na qual se diagnosticou um adenocarcinoma do sigmóide, tendo sido submetida a sigmoidectomia laparoscópica. Por deiscência anastomótica, foi realizada ressecção de anastomose colorectal e colostomia terminal. O estadiamento pós-cirúrgico foi pT4a N1a LVI G2 R0, tendo realizado quimioterapia adjuvante com CAPOX.

No ano seguinte, após ter completado ciclo de quimioterapia, realizou reconstrução do trânsito intestinal com anastomose colorectal.

Duas semanas depois, a doente recorre ao serviço de urgência por emissão de gases e fezes pela vagina com 3 dias de evolução. A observação com espéculo, evidenciou uma laceração com cerca de 5cm na parede posterior da vagina.

A doente realizou RMN pélvica que revelou fístula recto-vaginal, com cerca de 35mm de maior eixo, localizada no recto médio, a cerca de 80mm da margem anal, comunicando com a vertente posterior da vagina. Não se observaram outros trajectos fistulosos.

Procedeu-se a cirurgia de urgência, com colocação de dreno perianastomose e confecção de ileostomia.

Doente realizou posteriormente colonoscopia na qual se observou no recto a presença de úlcera com bordos elevados, com orifício fistuloso central. Realizadas biópsias dirigidas que apenas revelaram tecido inflamatório. Após o resultado histológico, procedeu-se a colocação de OTSC tipo t, com 9 mm de diâmetro, com encerramento completo da fístula. No final, realizou enema de controlo, que confirmou o encerramento da fístula sem fuga de contraste.

Os autores pretendem demonstrar, com este caso, a eficácia de outros métodos de reparação de fístulas rectovaginais, além da opção cirúrgica. As técnicas endoscópicas, como é o exemplo do recurso aos OTSC, têm-se mostrado eficazes e seguras para o encerramento de defeitos do tubo digestivo como fístulas e perfurações, evitando assim abordagens cirúrgicas complexas.

### V22

#### ENCERRAMENTO DE TRANSVERSOSTOMIA EM ANSA

André Caiado, Rita Barroca, Francisco Cabral, João Maciel, Manuel Limbert

*Instituto Português de Oncologia de Lisboa*

**Introdução:** O tratamento standard do adenocarcinoma (ADC) do recto localmente avançado consiste em quimiorradioterapia neoadjuvante (QRT) seguida da cirurgia. Perante este cenário as taxas de deiscência podem ser significativas levando à necessidade da criação de um estoma de proteção.

A escolha pela utilização da ileostomia ou da transver-

sostomia em ansa como melhor opção é um tema que se mantém em discussão.

Na nossa instituição existe uma clara preferência pelo uso da transversostomia dado a baixa morbidade associada e ao fácil encerramento.

**Objetivo:** Mostrar através de um vídeo a realização de um encerramento de uma transversostomia.

**Materiais e métodos:** Gravação intra-operatória de uma cirurgia de encerramento.

**Resultados:** Vídeo

### V23

#### **THE HOLY WATER TO THE EMR RESCUE - UNDERWATER ASSISTED ENDOSCOPIC RESECTION (UA-EMR) OF A VOLUMINOUS SEMI- PEDUNCULATED COLORECTAL POLYP**

Fábio Pereira Correia, Gonçalo Alexandrino, Joana C. Branco, Luís Carvalho Lourenço

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*

A ressecção endoscópica da mucosa (REM) sub-aquática ('underwater') de pólipos colorretais é uma técnica relativamente recente, que tem suscitado particular interesse para pólipos planos ou sésseis de grandes dimensões. Vários estudos mostram benefícios desta técnica em relação à insuflação cólica, entre os quais, o menor tempo de ressecção e menor taxa de complicações. Existe pouca evidência acerca da aplicabilidade da REM 'underwater' a pólipos pediculados/semi-pediculados, apesar de alguns estudos demonstrarem resultados promissores.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 64 anos, com antecedentes de cirrose hepática de etiologia etanólica que, no contexto de hematoquézias, foi diagnosticado com um volumoso pólipos semipediculado de 4 cm, localizado na transição rectossigmoideia.

Após discussão das opções terapêuticas, adequado esclarecimento e consentimento do doente, planeou-se uma ressecção endoscópica por colonoscopia sob apoio anestésico. Perante a dificuldade em garantir uma ressecção em bloco eficaz, optou-se por combinar a injeção submucosa da base da lesão com a ressecção 'underwater'. A submersão da lesão polipóide com água permitiu um melhor posicionamento do pólipo, facilitando significativamente o enlaçamento pela ansa. Além disso, a

exposição do pedículo, combinada com a sua elevação após injeção submucosa, possibilitou uma ressecção mais segura e eficaz, como demonstrado pela ausência de complicações e pela excisão em bloco com critérios histológicos de cura.

Desta forma, pretendemos mostrar o potencial benefício da combinação de ambas as técnicas na ressecção de lesões complexas colorretais, apresentando iconografia sob a forma de vídeo.

## COMUNICAÇÕES LIVRES DIGITAIS COMUNICAÇÕES

### CO02

#### TERAPÊUTICA COMBINADA MÉDICO-CIRÚRGICA NA DOENÇA DE CROHN PERIANAL COMPLEXA – EFICÁCIA TERAPÊUTICA E FATORES PREDITIVOS DE AUSÊNCIA DE RESPOSTA / COMBINED MEDICAL AND SURGICAL THERAPY IN COMPLEX PERIANAL CROHN'S DISEASE – EFFICACY AND PREDICTIVE FACTORS FOR THERAPEUTIC FAILURE

Maria Ana Rafael

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Introdução e objetivos:** A doença de Crohn (DC) perianal complexa está associada a elevada morbidade. A sua abordagem mantém-se um desafio apesar da terapêutica combinada médico-cirúrgica. O nosso objetivo foi avaliar retrospectivamente a sua resposta à terapêutica combinada e identificar fatores preditivos de ausência de resposta.

**Material e métodos:** Incluíram-se todos os doentes com DC perianal complexa seguidos no nosso centro entre 2000 e 2019. Definiu-se como resposta completa a ausência de drenagem perianal espontânea ou mediante pressão digital, e como resposta parcial uma redução > 50% da drenagem. Avaliaram-se fatores preditivos de resposta como género, tabagismo, topografia da doença e envolvimento retal.

**Resultados:** Foram incluídos 64 doentes, sendo 51,6% mulheres, com 31,8 anos de idade média ao diagnóstico. A maioria (58,2%) apresentava DC ileocólica; 44,4% dos doentes envolvimento retal e 27,3% eram fumadores. Inicialmente 34,4% dos doentes foram medicados com azatioprina em monoterapia e 65,6% com anti-TNF (60,9% infliximab; 4,7% adalimumab) com ou sem azatioprina.

Os procedimentos cirúrgicos efetuados foram: colocação de setons não-cortantes (66,1%), drenagem de abscessos (56,9%), fistulotomia (14,3%) e fistulectomia (7,9%).

Durante o *follow-up* (média: 11 anos), a maioria dos doentes apresentou resposta favorável (75% completa; 9,4% parcial). Verificou-se resposta completa ou parcial em 76,9% com infliximab e 57,1% com adalimumab (p-value 0,16). Houve necessidade de mudar de anti-TNF em 16,7% dos doentes por ausência de resposta.

Um doente com falência a dois anti-TNF apresentou resposta parcial com ustecinumab. Dos 10 doentes com falência à terapêutica combinada, 3 realizaram colostomia protetora, 1 desenvolveu adenocarcinoma numa fístula e 1 desenvolveu carcinoma pavimento-celular do canal anal.

Não se verificou relação entre tabagismo, género, topografia da doença ou envolvimento retal e o sucesso terapêutico.

**Conclusão:** Embora o tratamento da DC perianal permaneça um desafio, a terapêutica combinada médico-cirúrgica revelou-se eficaz na maioria dos nossos doentes, com poucos efeitos adversos.

### CO03

#### AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS ONLINE SOBRE PATOLOGIA PROCTOLÓGICA / EVALUATION OF ONLINE CONTENT ON PROCTOLOGICAL DISORDERS IN PORTUGUESE LANGUAGE

Sofia Silva Mendes, Raquel Oliveira, Raquel Gonçalves, Ana Célia Caetano

Serviço de Gastreenterologia do Hospital de Braga; Escola de Medicina, Universidade do Minho

**Introdução:** A literacia em saúde assume uma importância crescente com o acesso global a conteúdos online e o impacto que a inadequada utilização de informação em saúde pode acarretar.

**Objetivo:** Este estudo pretende avaliar a adequação de conteúdos online relativos a patologia proctológica.

**Métodos:** Procedeu-se à pesquisa nas plataformas Google® e YouTube™ com palavras-chave para 5 patologias

proctológicas – doença hemorroidária, fistula perianal, fissura anal, prurido anal, incontinência fecal. Para cada página foram analisados: interatividade, credibilidade, facilidade de leitura e adequação de conteúdos. Para cada vídeo analisou-se: conteúdo, reações e comentários dos utilizadores. Foram aplicadas por dois investigadores independentes 3 escalas validadas – *Simple Measure of Gobbledygook* (SMOG) para facilidade de leitura, e *Suitability Assessment of Materials* (SAM) e *Quality criteria for consumer health information on treatment choices* (DISCERN) para avaliação do conteúdo.

**Resultados:** Foram avaliadas 127 páginas da internet. Destas, 40 (31,50%) incluíram imagens e 10 (37,04%) continham vídeos informativos. A escala SMOG apresentou um valor médio de  $9,91 \pm 0,94$  que estima a necessidade de 10 anos de escolaridade para compreensão e 64 das páginas (52,07%) apresentam um nível de leitura superior ao B1 recomendado. A média da escala SAM foi de  $39,46\% \pm 11,2$  da escala DISCERN  $40,10 \pm 5,69$ , correspondendo a um conteúdo razoável. A concordância interobservador foi razoável (coeficiente de correlação intraclasse de 0,64 e 0,67 para as escalas SAM e DISCERN, respetivamente). Apenas 20 páginas (15,75%) continham ferramentas de interatividade e 44 (34,64%) referências bibliográficas. Dos 113 vídeos analisados, 67 (59,2%) foram colocados por profissionais de saúde, com maior proporção de pedidos de informação adicional, e 21 (18,75%) por doentes, com maior número de visualizações e comentários positivos.

**Conclusão:** Os conteúdos online em português sobre patologia proctológica são globalmente inadequados para o nível de literacia em saúde da população portuguesa. Para minorar este défice é necessária a disponibilização institucional de conteúdos online com informação credível e acessível.

#### CO04

### LESÕES DE CRESCIMENTO LATERAL DO COLON $\geq 1$ CM: EFICÁCIA E SEGURANÇA DA RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA MUCOSA / *LATERALLY SPREADING TUMORS OF THE COLON $\geq 1$ CM: EFFECTIVENESS AND SAFETY OF ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION*

Carolina Simões

Hospital de Santa Maria, CHULN

**Introdução e objetivos:** A ressecção endoscópica da mucosa (EMR) é uma técnica segura e minimamente invasiva para a remoção de lesões de crescimento lateral (LCL). O adenoma residual ou recorrente (ARR) constitui a maior limitação desta técnica. O objetivo foi de analisar a eficácia e segurança da EMR na obtenção de excisão completa de  $LCL \geq 1$ cm.

**Métodos:** Estudo retrospectivo que avaliou 794 doentes e finalmente incluiu 572 doentes em que a EMR de LCL foi realizada entre 2012 e 2018. Foram analisadas as características endoscópicas, histológicas, técnica de ressecção, eventos adversos (hemorragia pós EMR e perfuração) e eficácia.

**Resultados:** A idade mediana era de 69 (33-96) anos e 331 (57,9%) eram homens.

Duzentos e cinco doentes (35,8%) tinham história prévia de pólipos, 344 (60,1%) apresentava pólipos síncronos e 169 (29,5%) apresentavam pólipos no mesmo segmento da LCL. A maioria (53,1%) das LCL estavam localizadas proximalmente ao ângulo esplénico.

Das 572 LCL, 216 (37,8%) tinha  $\geq 2$ cm, a maioria (81,6%) com morfologia tipo 0-IIa.

Foi realizada EMR em 548 (95,8%); sendo que 79 (13,8%) apresentavam tecido residual no final do procedimento tendo sido realizado árgon-plasma em 74 (12,9%). Verificaram-se eventos adversos em 30 (5,2%) doentes (hemorragia pós EMR 24(4,2%) e perfuração em 6(1,1%). Verificaram-se margens livres em 256 (44,8%) das lesões. 45 (23,4%) doentes apresentavam ARR macroscopicamente visível na primeira colonoscopia de controlo.

A colonoscopia de seguimento pós EMR foi realizada em 192/266 (72,2%) doentes com indicação para o efeito após um tempo mediano de 6 (1-58) meses tendo sido detetado tecido adenomatoso residual em 45(23,4%) doentes.

LCL $\geq$ 2cm associou-se a presença de ARR ( $p<0,001$ ), maior incidência de eventos adversos ( $p=0,007$ ) e necessidade de cirurgia ( $p<0,001$ ).

**Conclusão:** A mucosectomia de lesões planas do cólon com  $\geq 20$  mm associa-se a significativamente maior incidência de tecido adenomatoso residual, eventos adversos e necessidade de cirurgia.

### CO06

#### **ESTADIAMENTO LOCAL DE NEOPLASIA RECTAL: PRECISÃO DOS MÉTODOS DE IMAGEM / LOCAL STAGING OF RECTAL CANCER: HOW ACCURATE IS IMAGING?**

Joana Lemos Garcia, Miguel Braga, Isadora Rosa, Ricardo Fonseca, José Venâncio, António Dias Pereira

*Consulta de Grupo Multidisciplinar de Cólon e Recto do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil*

**Introdução:** O carcinoma do recto é uma das neoplasias malignas mais comuns do trato gastrointestinal. O estadiamento local é habitualmente feito por ressonância magnética (RM), eventualmente complementada por outros métodos, com uma precisão diagnóstica reportada variável.

**Objetivo:** avaliar a precisão do estadiamento local da neoplasia do recto em doentes propostos para cirurgia sem terapêutica neoadjuvante.

**Métodos:** Estudo retrospectivo. Incluídos doentes seguidos por neoplasia do recto Janeiro/2017-Março/2020, propostos para cirurgia direta. Estadiamento patológico considerado *goldstandard*.

**Resultados:** Incluídos 45 doentes, 55,6% homens, idade média 68,98anos. Neoplasia do recto alto=51,1%, médio=35,6%, baixo=13,3%. Estadiamento local realizado por RM=88,9% (15,6% também ecoendoscopia) e tomografia computadorizada=11,1% (4,4% também ecoendoscopia). Estes métodos classificaram corretamente 3/7 T1, 8/12 T2, 14/23 T3, 3/3 T4 e 25/31 N0, 5/10 N1 e 1/2 N2. No estadiamento T, obteve-se sensibilidade(S)=92,0%, especificidade(E)=52,9%, acuidade(AUC)=81,4%; sem correlação entre acuidade diagnóstica e localização do tumor ( $p=0,723$ ), estadiamento patológico ( $p=0,383$ ), método de estadiamento usado ( $p=0,117$ ) ou tempo até cirurgia ( $p=0,646$ ). Na avaliação da invasão ganglionar, S=93,5%,

E=16,7%, acuidade=71,1% (74,6% na distinção N0 vs. N+); correlação estatisticamente significativa com estadiamento N ( $p=0,014$ ), em que a RM classifica corretamente 80,6% dos N0 e 45,5% dos N1/N2; sem correlação com localização do tumor ( $p=0,112$ ), método ( $p=0,314$ ), tempo até cirurgia ( $p=0,805$ ) ou estadiamento T ( $p=0,397$ ). Os casos de discrepância de estadiamento tiveram implicações terapêuticas em 5 casos (2 subestadiados como T1 e 3 subestadiados como N0).

**Conclusão:** Como descrito na literatura, a RM demonstrou boa acuidade no estadiamento T e aceitável no estadiamento N.

### CO08

#### **FATORES DE RISCO PARA LESÕES METÁCRONAS DE ALTO RISCO DURANTE A VIGILÂNCIA APÓS RESSECÇÃO CURATIVA DE CANCRO COLORECTAL / RISK FACTORS FOR HIGH RISK METACHRONOUS LESIONS DURING FOLLOW-UP AFTER COLORECTAL CANCER RESECTION**

Catarina Gomes, Rolando Pinho, Mafalda Sousa, Jaime Rodrigues, João Carlos Silva, Edgar Afecto, João Correia, João Carvalho

*Gastroenterology Department, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal*

**Introdução:** Uma colonoscopia perioperatória de qualidade (CPQ) antes ou nos 6 meses após cirurgia curativa do cancro coloretal (CCR) está recomendada de acordo com as guidelines atuais. A evidência sobre os fatores de risco para lesões metácrônicas de alto risco (LMAR) após a ressecção do CCR é ainda limitada. O nosso objetivo é avaliar o impacto de uma CPQ na presença de LMAR e determinar os fatores de risco para essas LMAR durante a vigilância endoscópica após a ressecção do CCR.

**Métodos:** Análise retrospectiva de doentes submetidos a ressecção curativa de CCR na nossa instituição, incluídos no banco de dados da ROENO entre Janeiro de 2014 e Março de 2018, e que apresentavam pelo menos uma vigilância endoscópica subsequente. A CPQ foi considerada se colonoscopia completa com razoável ou boa preparação cólica. O tempo para LMAR foi estimado através da análise de sobrevivência com as curvas de Kaplan-Meier e definido como o tempo decorrido desde a ressecção do CCR até a ocorrência do evento (presença de LMAR).

**Resultados:** Foram avaliados 195 doentes (61,5% homens, idade média de 66,8 anos  $\pm$  10,6), com um *follow-up* médio de 2 anos e 9 meses. 90,8% realizaram uma colonoscopia perioperatória, embora apenas 53,3% com critérios de qualidade. Após 1 ano de vigilância pós-ressecção, 6,5% apresentavam LMAR e, no final do *follow-up*, as LMAR foram identificadas em 76,9%. O tempo para LMAR foi semelhante entre os doentes com ou sem uma CPQ (teste log-rank  $p=0,13$ ). Na análise univariada, os seguintes fatores de risco foram associados a LMAR durante *follow-up*: sexo masculino (26,7% vs. 12%,  $p=0,01$ ), ausência de radioterapia (22,7% vs. 0%,  $p=0,04$ ), ausência de CPQ (27,5% vs. 15,4%,  $p=0,04$ ) e presença de colonoscopia perioperatória incompleta (30,4% vs. 14%,  $p=0,01$ ). Na análise multivariada, apenas o sexo masculino ( $p=0,03$ , OR=2,9) e a presença de uma colonoscopia perioperatória incompleta influenciaram a existência de LMAR ( $p=0,03$ , OR=5) durante o *follow-up*.

**Discussão:** Na nossa amostra, quase todos os doentes (90,8%) com CCR realizaram uma colonoscopia perioperatória, embora apenas 53,3% com critérios de qualidade. Neste estudo, uma colonoscopia perioperatória incompleta influenciou a presença de LMAR durante o *follow-up*, especialmente nos doentes do sexo masculino.

## CO10

### INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E CÁPSULA DE CROHN: DETEÇÃO AUTOMÁTICA DE ÚLCERAS E EROSÕES EM ENDOSCÓPIA POR CÁPSULA DE CROHN ATRAVÉS DE UMA REDE NEURAL CONVOLUCIONAL / AUTOMATIC DETECTION OF ULCERS AND EROSIONS IN CROHN'S ENDOSCOPIC CAPSULE USING A CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK

Miguel Mascarenhas Saraiva

Centro Hospitalar Universitário de São João

**Introdução:** A cápsula endoscópica (CE) é fundamental na gestão do doente com Doença de Crohn (DC), estando indicada no diagnóstico, assim como para classificação, monitorização da resposta ao tratamento e predição prognóstica. Em 2017 foi introduzida a Pillcam™ Crohn's Capsule (PCC). Este sistema incorpora duas câmaras, ampliando o campo de visão para 336°, e permite uma

avaliação pan-entérica, tendo demonstrado maior acuidade na deteção e avaliação endoscópica. Contudo, esta nova ferramenta produz milhares de imagens, sendo a sua revisão morosa e predisposta a erros, dado que as lesões se podem restringir a um número diminuto de imagens.

Na última década foram desenvolvidos algoritmos de Inteligência Artificial (IA) com potencial para mitigar estas lacunas. Entre as ferramentas de IA, as Redes Neurais Convolucionais (RNC) apresentam a melhor performance em análise de imagens.

**Objetivo:** Este estudo visa o desenvolvimento de um algoritmo de IA baseado numa RNC para a deteção automática de úlceras e erosões do intestino delgado e cólon em imagens de PCC.

**Material e métodos:** Foram revistas um total de 523857 imagens de PCC realizados num único centro entre 2017-2020 (N = 10 exames). Destas, foram extraídas 8082 imagens: 2856 com úlceras; 1973 erosões; as restantes com mucosas entérica e do cólon normais. Para a identificação automática destes achados, as imagens selecionadas (set de treino da RNC), foram introduzidas num modelo de RNC com transferência do conhecimento das características morfológicas da mucosa e das lesões endoscópicas. A performance da rede foi subsequentemente avaliada num set de teste independente.

**Resultados:** Após otimização das diferentes camadas da RNC, o nosso modelo foi capaz de detetar e distinguir úlceras e erosões entéricas ou do cólon com uma sensibilidade e especificidade de 90% e 96%, respetivamente. A precisão e exatidão deste modelo foram 87% e 94%, respetivamente. Mais especificamente, a RNC detetou úlceras com uma sensibilidade de 83% e especificidade de 98%, e erosões com sensibilidade e especificidade de 91% e 93%, respetivamente.

**Conclusão:** O nosso grupo desenvolveu, a primeira RNC capaz de detetar automaticamente úlceras e erosões do intestino delgado e cólon, especificamente em imagens de PCC com elevada sensibilidade e especificidade. O desenvolvimento de sistemas automáticos para a deteção de lesões com significado clínico, podem otimizar a performance diagnóstica e a eficiência na monitorização da atividade da DC.

### CO12

#### **ESCLEROTERAPIA COM POLIDOCANOL ESPUMOSO VERSUS LAQUEAÇÃO ELÁSTICA NA DOENÇA HEMORROIDÁRIA GRAUS 1 A 3: ESTUDO ALEATORIZADO / POLIDOCANOL FOAM SCLEROTHERAPY VERSUS RUBBER BAND LIGATION IN HEMORRHOIDAL DISEASE GRADES I/II/III: RANDOMIZED TRIAL**

Paulo Salgueiro<sup>1,2</sup>, Mónica Garrido<sup>1</sup>, Ruben Gaio<sup>2</sup>, Isabel Pedroto<sup>1,2</sup>, Fernando Castro-Poças<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário do Porto;

<sup>2</sup> Instituto de Ciências Abel Salazar - Universidade do Porto

**Introdução / objetivo:** A laqueação elástica (RBL) e a escleroterapia são tratamentos instrumentais frequentemente utilizados na doença hemorroidária (HD). A RBL é considerada o tratamento de primeira-linha não existindo, no entanto, estudos comparativos com a escleroterapia com polidocanol espumoso (PFS). O presente estudo tem o objetivo de avaliar a eficácia e segurança da PFS comparando com a RBL.

**Métodos:** Estudo aberto, aleatorizado, que incluiu doentes com HD graus 1 a 3 referenciados a um hospital terciário. Os participantes foram aleatorizados (1:1), estratificados por grau de Goligher, para serem submetidos a tratamento com PFS ou RBL. A dimensão da amostra calculada foi de 120 doentes e o período de *follow-up* determinado foi de 1 ano. Os outcomes primários avaliaram a eficácia e incluíram o sucesso terapêutico (composto pelo grau de hemorragia e o score de Sodergren) e a recorrência da HD. O outcome de segurança refere-se à ocorrência de complicações relacionadas com os procedimentos.

**Resultados:** Entre Outubro de 2018 e Junho de 2019 foram incluídos 120 doentes. O sucesso terapêutico não foi significativamente diferente entre os dois grupos (PFS 93.3% vs RBL 85.0%,  $p=0.142$ ). Todavia, a taxa de sucesso completo (doentes que ficaram completamente assintomáticos) foi superior no grupo da PFS (88.3% vs 66.7%,  $p=0.009$ ), com menor número de sessões terapêuticas realizadas neste grupo (média±DP:  $1.32\pm 0.60$  vs  $1.62\pm 0.76$ ,  $p=0.018$ ). A recorrência da HD foi menor no grupo da PFS (16.1% vs 41.2%,  $p=0.004$ ). A incidência de complicações foi maior no grupo RBL (10.0% vs 30.0%,  $p=0.011$ ) e foram minor em 91.7% dos casos. Não se registaram quaisquer

complicações severas.

**Conclusões:** Ambos as técnicas testadas são eficazes no tratamento da HD graus 1 a 3. A PFS foi mais eficaz se considerarmos apenas o sucesso completo. Os doentes do grupo da PFS necessitaram de menor número de sessões de tratamento, tiveram menos complicações e menor probabilidade de recorrência de HD.

ClinicalTrials.gov, Number NCT04091763.

### CO 14

#### **INCONTINÊNCIA FECAL: INFLUÊNCIA DA REEDUCAÇÃO DOS MÚSCULOS DO PAVIMENTO PÉLVICO / FECAL INCONTINENCE: EFFECT OF PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING**

Inês Lopes, Ana Margarida Vieira, António F. Lopes, Bruno Santos e Cláudia R. Silva

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Portimão

**Introdução:** A Incontinência Fecal afeta 2 a 24% da população adulta e a maioria das pessoas não o reporta espontaneamente, podendo estar subestimada. As recomendações sugerem que a primeira linha de intervenção deve ser a conservadora, onde se inclui, a reabilitação do pavimento pélvico.

**Objetivo:** Analisar o efeito de um programa de reeducação dos músculos do pavimento pélvico, sem recurso a técnicas facilitadoras, em pessoas com Incontinência Fecal.

**Materiais e métodos:** Estudo quase-experimental de grupo único, em que os utentes da consulta de Doenças Anorretais Funcionais do CHUA-Portimão com Incontinência Fecal, referenciados para a Fisioterapia, realizaram um programa de reeducação do pavimento pélvico, de 12 sessões com uma periodicidade semanal. Foram avaliados, no início e no final da intervenção, através do Índice de Wexner, da Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) e de Defecografia por Ressonância Magnética.

**Resultados:** Foram estudados treze utentes (12 dos quais mulheres), com média de idades de  $64,15 \pm 11,25$  (37-83). Após a intervenção, foram encontradas diferenças significativas: no Índice de Wexner com valor inicial de  $10,92 \pm 2,98$  e final de  $5,46 \pm 2,90$  ( $p=0,000$ ); na FIQL nas 4 subescalas ( $p < 0,05$ ), com maior dimensão do efeito na Depressão e no Comportamento; e nas medições da



Defeco-RM, no valor da Linha M em repouso ( $p=0,012$ ) e na dejeção no valor do retocelo apresentado ( $p=0,008$ ).

**Conclusões:** O programa de reeducação do pavimento pélvico, sem recurso a técnicas facilitadoras, utilizado no nosso estudo foi favorável, quer na melhoria significativa da severidade dos sintomas (Índice de Wexner), quer na melhoria significativa da qualidade de vida (FIQL), quer ainda em alguns achados da avaliação funcional do pavimento pélvico, como a melhoria do posicionamento do pavimento pélvico em repouso e a diminuição do retocelo na fase de dejeção.

## C015

### **INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E COLONOSCOPIA POR CÁPSULA: DETEÇÃO AUTOMÁTICA DE SANGUE NO LÚMEN DO CÓLON ATRAVÉS DE UMA REDE NEURONAL CONVOLUCIONAL / ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND COLON CAPSULE ENDOSCOPY: AUTOMATIC DETECTION OF COLONIC LUMINAL BLOOD USING A CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK**

Tiago Filipe Ribeiro, Miguel Mascarenhas Saraiva, Hélder Cardoso, João Afonso, João Ferreira, Renato Natal Jorge, Guilherme Macedo

*Centro Hospitalar Universitário de São João, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto*

**Introdução:** A colonoscopia convencional (CC) é o *gold standard* para o diagnóstico e monitorização de diversas patologias do cólon. No entanto, a sua execução pode associar-se a desconforto do doente e apresenta um baixo (porém existente) risco de complicações, que incluem hemorragia e perfuração. A colonoscopia por cápsula endoscópica (CCE), introduzida em 2006, apresenta-se como uma alternativa não invasiva para os pacientes que recusam CC ou para os quais esta é contraindicada. No entanto, cada CCE produz milhares de imagens, cuja revisão é demorada, existindo risco de erro diagnóstico, visto que as lesões podem limitar-se a um número restrito de frames.

Durante a última década foram sendo desenvolvidos vários mecanismos de inteligência artificial (AI) que mostraram potencial para mitigar estas limitações. Contudo, a sua aplicação à cápsula endoscópica, particularmente à CCE, encontra-se pouco desenvolvida.

**Objetivo:** Este estudo visa desenvolver e testar um algoritmo de IA baseado numa rede neural convolucional (RNC) para a deteção automática de sangue e resíduos hemáticos no lúmen do cólon em imagens de CCE.

**Métodos:** Foram analisados um total de 24 exames de CCE (PillCam Colon 2®) realizados num único centro entre 2010-2020. Destes, foram extraídas 5825 imagens: 2975 continham sangue e 2850 mostravam mucosa normal. Para a identificação automática destes achados, as imagens foram introduzidas num modelo de RNC com transferência de conhecimento usando as ferramentas tensorflow e keras. Subsequentemente, a performance da rede foi avaliada usando um set de teste independente.

**Resultados:** Após otimização das diferentes camadas da RNC, o nosso modelo foi capaz de detetar a presença de sangue no lúmen do cólon com uma sensibilidade e especificidade de 96%, assim como uma exatidão e precisão de 97%.

**Conclusões:** O nosso grupo desenvolveu, pela primeira vez, uma RNC capaz de detetar sangue e resíduos hemáticos com base em imagens de CCE, com elevada exatidão, sensibilidade e especificidade. Estes resultados são de extrema importância, uma vez abrem caminho ao desenvolvimento de ferramentas automáticas para a deteção destes achados de alta relevância clínica, o que deverá permitir diminuir o erro diagnóstico e o tempo despendido na avaliação destes exames.

## C016

### **INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E COLONOSCOPIA POR CÁPSULA: DETEÇÃO AUTOMÁTICA DE LESÕES PROTUBERANTES ATRAVÉS DE UMA REDE NEURONAL CONVOLUCIONAL / ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND COLON CAPSULE ENDOSCOPY: AUTOMATIC DETECTION OF COLONIC PROTRUDING LESIONS USING A CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK**

Tiago Filipe Ribeiro

*Centro Hospitalar Universitário de São João*

**Introdução:** A colonoscopia por cápsula endoscópica (CCE), introduzida em 2006, apresenta-se como uma alternativa não invasiva para os pacientes que recusam

colonoscopia convencional ou para os quais esta está contraindicada ou é inexecutável. As lesões protuberantes do cólon apresentam variada morfologia em imagens de CCE. Um diagnóstico preciso e atempado destas lesões é de extrema importância clínica. No entanto, cada CCE produz milhares de imagens, cuja revisão é morosa, existindo risco de erro diagnóstico, visto que as lesões podem limitar-se a um número restrito de frames. Durante a última década, o desenvolvimento de ferramentas de inteligência artificial (IA) para aplicação ao processamento de imagiologia médica foi alvo de forte investimento. As redes neurais convolucionais (RNC) são métodos de IA de elevada performance na análise de imagem, apresentando potencial para mitigar algumas das limitações inerentes à leitura convencional de imagens de cápsula endoscópica. Assim, surge a necessidade do desenvolvimento destas tecnologias para a deteção automática destas lesões em imagens de CCE.

**Objetivo:** Este estudo visa desenvolver e testar um algoritmo de IA baseado numa RNC para a deteção automática de lesões protuberantes em imagens de CCE.

**Material e métodos:** Foram analisados um total de 24 exames de CCE (PillCam Colon 2<sup>®</sup>) realizados num único centro entre 2010-2020. Destes, foram extraídas 3627 imagens: 765 continham lesões protuberantes (pólipos, tumores epiteliais, lesões subepiteliais e nódulos) e 2862 mostravam mucosa normal. Para a identificação automática destes achados, as imagens foram introduzidas num modelo de RNC com transferência de conhecimento usando as ferramentas tensorflow e keras. Subsequentemente, a performance da rede foi avaliada usando um set de teste independente.

**Resultados:** Após otimização das diferentes camadas da RNC, o nosso modelo foi capaz de detetar a presença de lesões protuberantes do cólon com uma sensibilidade de 92%, especificidade de 92%, assim como uma exatidão de 92%.

**Conclusão:** O nosso grupo desenvolveu uma RNC capaz de lesões protuberantes do cólon com base em imagens de CCE, com elevada exatidão, sensibilidade e especificidade. Estes resultados são de extrema importância, uma vez que são pioneiros no desenvolvimento de ferramentas automáticas para a deteção destes achados

de alta relevância clínica, o que deverá permitir diminuir o erro diagnóstico e o tempo despendido na avaliação destes exames.

### CO17

#### **INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E COLONOSCOPIA POR CÁPSULA: DETEÇÃO AUTOMÁTICA DE ÚLCERAS E EROSÕES DO CÓLON USANDO UMA REDE NEURAL CONVOLUCIONAL / ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND CAPSULE COLONOSCOPY: AUTOMATIC DETECTION OF COLONIC ULCERS AND EROSIONS USING A CONVOLUCIONAL NEURAL NETWORK**

Afonso, João<sup>1</sup>; Mascarenhas, Miguel<sup>1</sup>; Cardoso, Hélder<sup>1</sup>; Ribeiro, Tiago<sup>1</sup>; Ferreira, João<sup>2</sup>; Andrade, Patrícia<sup>1</sup>; Jorge, Renato<sup>2</sup>; Macedo, Guilherme<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de São João

<sup>2</sup> FEUP

**I) Introdução e objetivos:** A colonoscopia por cápsula (CC) tem vindo a estabelecer-se como uma alternativa eficaz à colonoscopia tradicional, em casos selecionados. Pacientes com elevado risco anestésico, ou cuja colonoscopia não possa ser completada por dificuldades técnicas, ou ainda doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII), para avaliação da atividade da doença, podem recorrer a métodos de video cápsula para verificar o estado da mucosa colónica de forma conveniente e segura. Úlceras e erosões do cólon são achados patológicos prevalentes em CC. A sua deteção é essencial, pois para além de apresentarem elevado potencial hemorrágico, estas lesões também são fortes indicadores de atividade de diversas patologias com envolvimento colónico, como a DII. Com este projeto, pretendemos criar um algoritmo de inteligência artificial capaz de detetar automaticamente úlceras e erosões em imagens de CC, tendo para isso delineado os seguintes objetivos:

- i) Aquisição de imagens com úlceras e erosões do cólon;
- ii) Desenvolvimento de uma Rede Neural Convolucional (RNC);
- iii) Identificação automática de úlceras e erosões

**II) Material e métodos:** Foram analisados 24 exames de CC (PillCam Colon 2) de um único centro realizados entre 2010-2020, dos quais extraímos 756 frames contendo úlceras e erosões colónicas e 2862 frames mucosa normal. Para identificar os achados de forma automática,

estas imagens foram inseridas num modelo RNC com transferência de aprendizagem usando as ferramentas tensorflow e keras. Posteriormente, avaliamos a performance da rede usando um set independente de teste.

**III) Sumário dos resultados:** Após otimização da arquitetura da rede, esta demonstrou ser capaz de detetar úlceras e erosões com uma exatidão de 97%, precisão de 96% e sensibilidade e especificidade de 95%.

**IV) Conclusões:** Desenvolvemos uma RNC capaz de detetar automaticamente e com grande eficácia diagnóstica erosões e úlceras da mucosa colónica em imagens de CC. Este trabalho constitui um avanço fundamental para o desenvolvimento de ferramentas com aplicação prática no quotidiano do gastroenterologista, que certamente irá facilitar a análise deste tipo de exames, tornando o processo menos moroso e diminuindo a taxa de erro associada.

## CO20

### TRATAMENTO DO SINUS PILONIDALIS COM SONDA RADIAL DE LASER DIODO – A EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS / MANAGEMENT OF PILONIDAL SINUS DISEASE WITH A RADIAL DIODE LASER PROBE – 2 YEARS OF EXPERIENCE

Frederico Bonito; Diogo Cerejeira; João Goulão; José Assunção Gonçalves

Hospital Garcia de Orta

**Introdução:** O tratamento ideal do *sinus pilonidalis* tem sido objeto de amplo debate nas últimas décadas. Embora a excisão cirúrgica, com ou sem encerramento, inclusive com recurso a retalhos, seja uma opção frequentemente adotada, esta requer internamento hospitalar, associa-se a dor pós-operatória significativa e a cicatrização lenta. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia e segurança de uma nova técnica minimamente invasiva que consiste na destruição do *sinus pilonidalis* com laser diodo.

**Métodos:** Realizou-se uma análise retrospectiva dos doentes com *sinus pilonidalis sacrococígeo* operados com laser diodo entre julho de 2018 e agosto de 2020 no Hospital da Luz de Oeiras, através da consulta dos processos clínicos e do contacto telefónico dos doentes. Avaliaram-se variáveis demográficas, características clínicas, complicações, taxas de cura e de recidiva, e tempos

médios de necessidade de analgesia e de retoma das atividades diárias normais.

**Resultados:** Foram incluídos 25 doentes no estudo, com uma média de idades de 27,8 anos, e um predomínio masculino (88%). A taxa de cura foi de 84% e a de recidiva de 9,5%. O tempo médio de *follow-up* foi de 8,3 meses. Em média, os doentes necessitaram de tomar analgésicos durante 2,5 dias e retomaram as atividades normais em 5,8 dias. A única complicação relatada foi a hemorragia pós-operatória autolimitada, que ocorreu em 16%, sem necessidade de tratamento invasivo ou internamento.

**Discussão e conclusão:** O tratamento ideal do *sinus pilonidalis* deve ser eficaz e ter baixo risco de recidiva, mas também deve permitir uma recuperação rápida, indolor e sem necessidade de internamento. A nossa taxa de cura foi elevada, a recidiva foi baixa e a recuperação foi rápida, à semelhança de outros artigos publicados com a mesma técnica. Por isso, a utilização do laser diodo como técnica minimamente invasiva pode vir a tornar-se uma opção de primeira linha no tratamento do *sinus pilonidalis*.

## CO21

### INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA NA FISSURA ANAL CRÓNICA: AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA NUM CENTRO TERCIÁRIO / BOTULINUM TOXIN INJECTION IN CHRONIC ANAL FISSURE: A RETROSPECTIVE EVALUATION IN A TERTIARY REFERRAL CENTER

Mara Sarmiento Costa, Clotilde Lérias, Pedro Figueiredo

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A fissura anal crónica ocorre em ambos os géneros e em adultos jovens, afetando sobretudo a comissura posterior. A esfínterectomia interna lateral é o *gold-standard* de tratamento cirúrgico com taxas de sucesso que rondam os 90%. No entanto, dado o risco de complicações pós-operatórias como incontinência fecal, a aplicação de toxina botulínica apresenta-se como uma alternativa menos disruptiva.

**Objetivo:** O objetivo do presente estudo passa por descrever a população submetida a injeção de toxina botulínica num centro terciário e avaliar a cicatrização

completa e necessidade de cirurgia após a mesma.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes submetidos a injeção anal de toxina botulínica de 01-01-2010 e 31-10-2020 num serviço de Gastrenterologia de um hospital terciário.

**Resultados:** Foram incluídas um total de 75 sessões de injeção de toxina botulínica, o que corresponde a 67 doentes. Trinta e sete eram mulheres (55,2%) e a média de idades foi de  $51 \pm 14$  anos (entre os 21 e os 80 anos). Quatro doentes (6%) tinham doença inflamatória intestinal. Cinquenta e oito apresentavam 1 fissura (85,3%), os restantes 2 ou mais. Em 53 havia fissura na comissura posterior (79,1%) e em 13 anterior (19,4%), sendo que destes 6 apresentavam fissuras em ambas as localizações (9%). A dose média aplicada foi de  $32 \pm 8,9$  unidades (entre 15 e 70) em 2 picadas. Quanto a intercorrências imediatas foi verificada uma reação vasovagal (1,3%). Cinquenta e três doentes foram reavaliados após a injeção, numa média de  $4 \pm 2,2$  meses. Aquando da primeira reavaliação, foi verificada cicatrização total da fissura em 13 doentes e em 3 numa segunda reavaliação. Perderam seguimento 22 doentes na primeira reavaliação e 10 na segunda (global de 47,8%). A taxa de sucesso em doentes que mantiveram seguimento foi de 45,7%. Doze doentes foram submetidos a cirurgia (17,9%).

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o desfecho, isto é, sucesso ou necessidade de cirurgia, e o género ( $p=0,150$  e  $p=1$ , respetivamente), a idade ( $p=0,101$  e  $p=0,454$ ), a localização da fissura ( $p=0,932$  e  $p=0,260$ ) e a dose de toxina ( $p=0,721$  e  $p=0,738$ ).

**Discussão / conclusão:** O presente estudo é limitado pelo seu desenho retrospectivo e pela perda considerável de seguimento. Verificou-se sucesso terapêutico com cicatrização completa da fissura anal em 46% dos doentes, não sendo esta eficácia dose-dependente, e necessidade de intervenção cirúrgica em 18%.

## CO22

### **CIRURGIA NO PROLAPSO RECTAL DE ESPESSURA COMPLETA: CASUÍSTICA DE 27 DOENTES / SURGERY FOR COMPLETE RECTAL PROLAPSE: EXPERIENCE WITH 27 PATIENTS**

Beatriz Costeira, André Caiado, Patrícia Motta Lima, José Assunção Gonçalves, José Damião Ferreira, Rui Maio  
*Hospital Beatriz Ângelo*

**Introdução:** O prolapso rectal de espessura completa é uma patologia benigna, com impacto importante na qualidade de vida dos doentes. É uma patologia pouco frequente, que afecta maioritariamente mulheres acima dos 65 anos. O seu tratamento é cirúrgico, existindo diferentes vias de abordagem e técnicas disponíveis.

**Objectivos:** Revisão da série de doentes com o diagnóstico de prolapso rectal de espessura completa, submetidos a intervenção cirúrgica, por um único cirurgião, entre 2015 e 2020.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva da base de dados do bloco operatório e consulta do processo clínico informatizado. Feita a análise das seguintes variáveis: idade, sexo, antecedentes pessoais, técnica cirúrgica e via de abordagem, tempo de cirurgia, tempo de internamento, morbidade e mortalidade, recidiva, resultados funcionais e tempo de seguimento.

**Resultados:** Foram operados 27 doentes, dos quais 26 do sexo feminino, com uma mediana de idades de 71 anos (intervalo interquartil (IIQ) 55-83 anos); 8 doentes (30%) com classificação ASA (American Society of Anesthesiology) III e 19 doentes (60%) ASA II. Foram realizadas 33 cirurgias, das quais 20 Rectopexias (RP) – 16 (80%) laparoscópicas, 4 (20%) por laparotomia –, e 13 cirurgias de Altemeier (CA). Destas, 8 cirurgias (7 RP e 1 CA) foram realizadas por recidiva de prolapso rectal de espessura completa, já submetido a cirurgia prévia. A mediana do tempo operatório foi 180 minutos (IIQ 140-211) para RP e 106 minutos (IIQ 90-144) para CA. Não foi registada morbilidade Clavien-Dindo<sup>3</sup> III após RP e foi registada morbilidade Clavien-Dindo IIIb em 1 caso (3%) pós CA. A mediana de tempo de internamento pós-operatório foi 1 dia para RP e 3 dias para CA. Registou-se agravamento dos sintomas de incontinência em 4 doentes - 2 (10%) pós-RP, 2 (15%) pós-CA; e agravamento de obstipação em

4 doentes - 2 (10%) pós-RP, 2 (15%) pós-CA. Registou-se recidiva do prolapso em 8 (30%) doentes - 3 pós-RP e 5 pós-CA.

**Conclusões:** O tratamento cirúrgico do prolapso rectal de espessura completa apresenta uma taxa de recidiva importante, independentemente da técnica e via de abordagem. A rectopexia laparoscópica é a técnica que tendencialmente apresenta menor taxa de recidiva e melhores resultados funcionais. A escolha da técnica operatória deve ser baseada na preferência do cirurgião, características do prolapso e estado clínico do doente.

## CO25

### **CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E PATOLÓGICA DOS LINFOMAS DO CÓLON: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERENCIAÇÃO AO LONGO DE 10 ANOS / CLINICAL AND PATHOLOGICAL CHARACTERIZATION OF COLON LYMPHOMAS: A RETROSPECTIVE SINGLE-CENTER STUDY**

Emanuel Dias<sup>1\*</sup>, Margarida Marques<sup>1</sup>, Elsa Fonseca<sup>2</sup>, Guilherme Macedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de São João

<sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** Os linfomas correspondem a apenas 0.2-1.2% de todas as neoplasias do cólon. A apresentação clínica é inespecífica e os achados endoscópicos muito variáveis. Associam-se tipicamente a mau prognóstico.

**Objetivos:** Descrever as principais características clínicas e patológicas dos linfomas do cólon e identificar factores de mau prognóstico.

**Material e métodos:** Procedeu-se a um estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes com diagnóstico histológico de linfoma do cólon entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2019.

**Resultados:** Foram identificados 31 doentes, com idade mediana de 69 anos, 52% do género feminino. Os subtipos histológicos mais frequentes foram o linfoma B-difuso de grandes células (32.3%) e o linfoma do manto (25.8%). Os sintomas mais frequentes foram dor abdominal, sintomas constitucionais, diarreia e rectorragia; 12 doentes (38.7%) encontravam-se assintomáticos, enquanto 11 (35.4%) tiveram apresentação aguda. Foi realizada colonoscopia em 27 doentes, tendo sido iden-

tificadas alterações endoscópicas em todos, sob a forma de pólipos, massa isolada, infiltração difusa ou ulceração. Os segmentos mais frequentemente envolvidos foram cego e cólon ascendente. A maioria (74.2%) encontrava-se em estadio IV. Fizeram tratamento 25 doentes, sob a forma de quimioterapia, com resposta completa em 48%, resposta parcial em 20% e ausência de resposta em 32%. Em 9 doentes, houve necessidade adicional de cirurgia. Durante o follow-up, verificou-se a morte de 14 doentes, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 45.1%. Dos factores analisados, são preditores de mortalidade a presença de anemia ( $p=0.017$ ), leucocitose ( $p=0.049$ ), DHL elevada ( $p=0.018$ ), idade avançada ( $p=0.047$ ) e ausência de resposta completa ao tratamento ( $p<0.001$ ). Não foi encontrada associação com género, subtipo histológico, estadio, localização, albumina ou manifestações clínicas. **Conclusão:** O linfoma do cólon é uma patologia rara que coloca importantes desafios diagnósticos e terapêuticos. Considerando a diversidade de formas de apresentação clínica e endoscópica, torna-se essencial um elevado índice de suspeição diagnóstica. Embora incomum, diferentes tipos de linfoma podem envolver o cólon, pelo que uma classificação patológica e estadiamento precisos tornam-se fundamentais para um tratamento adequado. Identificam-se alguns factores preditores de mau prognóstico como a idade avançada, a presença de anemia, leucocitose e DHL elevada e a ausência de resposta completa ao tratamento.

## CO 27

### **O IMPACTO DA FIBROSE SEVERA NA DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA: ESTUDO COMPARATIVO NUM CENTRO EUROPEU / IMPACT OF SEVERE FIBROSIS IN THE OUTCOME OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION: A COMPARATIVE STUDY IN A EUROPEAN CENTER**

Catarina Félix, Catarina O'neill, Rui Mendo, Pedro Barreiro, Cristina Chagas

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

**Introdução e objetivo:** Ainda que eficaz e globalmente segura, a disseção endoscópica da submucosa (DES) na presença de fibrose severa parece associar-se a piores resultados, nomeadamente uma menor taxa de ressecção

curativa e maior taxa de complicações. Contudo, estes dados resultam maioritariamente de literatura asiática desconhecendo-se o verdadeiro impacto da fibrose severa na DES realizada em centros ocidentais. Este estudo tem como objetivo investigar a relação entre a presença de fibrose severa da submucosa e os resultados na DES de lesões do reto, num centro europeu.

**Materiais e métodos:** Avaliados 192 doentes com lesões retais submetidas a DES entre janeiro de 2013 e novembro de 2020, realizada pelo mesmo endoscopista. As lesões foram agrupadas em lesões com fibrose severa (FS) ou sem fibrose severa (NFS), e foi analisada a sua relação com os resultados.

**Resultados:** Três resseções foram interrompidas (uma devido a fibrose severa). Verificou-se a presença de fibrose severa em 43 lesões (22.4%) e a sua presença esteve significativamente relacionada com a taxa de resseção em bloco (FS 88.1% vs NFS 96.6%,  $p=0.045$ ), taxa de excisão curativa (FS 59.5% vs NFS 76.2%,  $p=0.033$ ), e taxa de resseção híbrida (SF 11.9% vs NSF 2.7%,  $p=0.027$ ). Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação à taxa de resseção R0, velocidade da DES e a incidência de complicações (todas tratadas conservadoramente ou endoscopicamente). Das 17 excisões não curativas no grupo FS, durante um seguimento médio de 21.9 (10.0-49.1) meses, duas das 13 (15.4%) excisões que não foram submetidas a tratamento adicional apresentaram recorrência local, retratada endoscopicamente.

**Conclusão:** O nosso estudo demonstra que a fibrose severa constituiu um importante fator relacionado com excisões não curativas e mais complexas. Contudo, apesar dos piores resultados, a DES revela-se uma opção válida em casos particularmente complexos de fibrose, com razoáveis taxas de excisão curativa e baixa taxa de complicações.

### CO 29

#### FATORES DE RISCO INDEPENDENTES PARA O DESENVOLVIMENTO DE CANCRO COLORRETAL DE INTERVALO – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA / INDEPENDENT RISK FACTORS FOR INTERVAL COLORECTAL CANCER - THE EXPERIENCE OF A REFERENCE CENTER

Margarida Gonçalves, Tânia Carvalho, Pedro Antunes, Sofia Mendes, Tiago Leal, Ana Rebelo, Raquel Gonçalves

*Hospital de Braga*

**Introdução:** O cancro colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais comuns, com incidência crescente nos países desenvolvidos. A colonoscopia tem sido amplamente aceite como o melhor método de rastreio e deteção precoce de neoplasias colorretais. Apesar dos esforços atuais, alguns doentes com colonoscopias prévias normais desenvolvem CCR antes do próximo controlo endoscópico recomendado.

**Objetivos:** Considerando a incidência crescente do CCR de intervalo o objetivo do estudo é identificar preditores independentes para o desenvolvimento de CCR de intervalo.

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado num centro de referência para CCR, tendo sido revistos os processos clínicos dos doentes com o diagnóstico de CCR entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. Foram analisados dados demográficos, métodos de rastreio de CCR, fatores de risco cardiovasculares (FRCV), história de colecistectomia prévia, tipo de tratamento proposto e mortalidade associada ao CCR. Aqueles com o diagnóstico de CCR entre duas colonoscopias consecutivas, realizadas dentro do período de vigilância apropriado, foram considerados como tendo CCR de intervalo.

**Resultados:** Durante o período do estudo, 491 doentes foram diagnosticados com CCR. Desses, 61 (12,4%) apresentaram CCR de intervalo, com uma mediana de 52 meses entre as colonoscopias (57,4% apresentavam colonoscopia prévia normal). A idade de diagnóstico foi superior no grupo de CCR de intervalo, com uma média de 70,1 anos.

Na análise multivariada o CCR de intervalo foi mais frequente no cólon direito (OR=3.01,  $p=.014$ ) e a presença de  $\geq 2$  fatores de risco cardiovasculares (OR=7.50,

$p=.016$ ), história de colecistectomia prévia ( $OR=10.09$ ,  $p=.019$ ) e história familiar de CCR em familiares de primeiro grau ( $OR=4.25$ ,  $p=.006$ ) foram definidos como fatores de risco independentes para o desenvolvimento de CCR de intervalo. Além disso, a análise isolada dos FRCV revelou efeito protetor aquando da sua ausência de todos os FRCV ( $OR=20$ ;  $p=.034$ ). O modelo determinado revelou um poder preditivo de 77.8% ( $p<.001$ ).

**Conclusão:** O presente estudo revela o impacto atual do cancro de intervalo e a necessidade crescente de uma abordagem mais individualizada. Mais estudos são necessários, preferencialmente prospetivos e multicêntricos, de modo a identificar de forma precisa e eficaz os doentes nos quais o intervalo entre colonoscopias deve ser reduzido.

### CO 30

#### O ALERTA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA PARA O CANCRO COLORRETAL PRECOCE / BE AWARE OF EARLY ONSET CRC – THE EXPERIENCE OF A REFERENCE CENTER

Margarida Gonçalves, Tânia Carvalho, Pedro Antunes, Sofia Mendes, Tiago Leal, Ana Rebelo, Raquel Gonçalves

*Hospital de Braga*

**Introdução:** O cancro colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais comuns globalmente. Embora a incidência e a mortalidade associadas ao CCR tenham vindo a diminuir, a sua incidência em pessoas jovens tem aumentado.

**Objetivos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado num centro de referência, que tem como objetivo identificar características e fatores de risco para o desenvolvimento de CCR na população mais jovem.

**Material e métodos:** Assim, foram revistos os processos clínicos de todos os doentes com CCR entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. Aqueles com o diagnóstico de CCR com 50 anos ou menos foram considerados como tendo CCR precoce.

**Resultados:** Durante o período do estudo, 491 doentes foram diagnosticados com CCR, entre eles, 49 (10%) apresentavam CCR precoce, com média de idade ao diagnóstico de 44,4 anos, com incidência semelhante entre homens e mulheres. A localização no cólon es-

querdo, incluindo o reto, foi mais frequente no grupo de estudo, sendo o estadiamento à data do diagnóstico semelhante entre os grupos.

O CCR precoce foi mais comum nos doentes com história familiar de CCR ( $p=0,01$ ) e a presença de fatores de risco cardiovasculares foi significativamente inferior ( $p<0,001$ ). Estes foram submetidos com maior frequência a quimioterapia e/ou radioterapia, sendo a percentagem de cirurgias e a taxa de mortalidade semelhante entre os grupos. Apesar do período de seguimento curto, a mortalidade foi, inesperadamente, semelhante entre os grupos. Na análise multivariada, a história familiar de CCR relacionou-se com a presença de CCR precoce ( $OR 2,1$ ;  $p=0,04$ ).

**Conclusão:** Desta forma, o CCR precoce tende a ocorrer com mais frequência no cólon esquerdo e é mais comum em doentes com história familiar de CCR. Mais estudos são necessários, preferencialmente prospetivos e multicêntricos para determinar qual a melhor idade para início do rastreio de CCR e quais os fatores de risco a ter em conta para uma abordagem mais individualizada.

### CO32

#### O IMPACTO DA CONFEÇÃO DE ILEOSTOMIAS DE PROTEÇÃO EM RESSEÇÕES DO RETO POR NEOPLASIA.

João Oliveira, Cláudio Silva, Pedro Brandão, Cristina Silva, Mónica Sampaio, Anabela Rocha, Marisa D. Santos

*Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP)*

**Introdução:** A deiscência anastomótica é uma das complicações mais temidas na cirurgia colorretal e, em particular, nas resseções anteriores do reto baixas. Tem maior incidência em doentes obesos, do género masculino, operados por cancro do reto médio/baixo e que tenham sido submetidos a terapêutica neoadjuvante. Há ainda outros aspetos (e.g. idade, comorbilidades e intercorrências peri-operatórias) que podem contribuir para este aumento da incidência.

A confecção por rotina de uma ileostomia de proteção é defensável sempre que o risco de deiscência seja elevado, tentando reduzir as consequências a curto e médio prazo.

**Objetivo:** Avaliar o impacto da confecção de uma ileostomia de proteção em doentes submetidos a ressecção do reto por cancro do reto.

**Material e métodos:** Foram incluídos os doentes submetidos eletivamente a ressecção do reto por cancro do reto no período janeiro 2014 - 31 dezembro 2018 numa unidade de cirurgia coloproctológica.

**Resultados:** Analisaram-se 130 indivíduos, 51 (39.3%) do género feminino, 79 (60.7%) do género masculino, com idade média de 68.1 anos ( $\pm 10.4$ ).

As neoplasias situavam-se no reto alto 46.2% (n=60) e no reto médio/distal 53.8% (n=70). Foram submetidos a terapêutica neoadjuvante 24.6% (n=32) doentes, foram classificados como ASA3/4 36.9% (n=48) e 10% dos doentes apresentavam um IMC >30 e 53% com IMC >25. Foram submetidos a ressecção anterior do reto (RAR) 82 dos doentes (57%) e a ressecção anterior do reto ultra-baixa (RARUB)/proctectomia com anastomose coloanal (PACA) 48 (33%) doentes. A cirurgia foi laparoscópica em 71.5%. Realizaram-se IP em 26 das RAR (32%) e em 42 (88%) das RARUB/PACA. Houve cirurgia alargada a outros segmentos cólicos em 8 das cirurgias (6%). Observou-se algum tipo de deiscência anastomótica em 10 (7,7%) doentes. Destes, 5 (7,3%) já tinham IP. Dois destes 5 doentes (40%) tiveram necessidade de reintervenção; dos 5 (8%) doentes sem IP, houve necessidade de reintervenção em 3 (60%) com confecção de ostomia. Dos 10 doentes com algum tipo de deiscência, apenas 3 ficaram com colostomia permanente. Encerraram a IP sem outras complicações 88.0% (n=61) dos doentes.

**Discussão / conclusão:** A confecção de uma ileostomia de proteção em doentes com cancro do reto submetidos a ressecção do reto pode diminuir a morbilidade associada à deiscência anastomótica com redução das reintervenções e das colostomias definitivas.

### CO33

#### **DEISCÊNCIAS ANASTOMÓTICAS EM CIRURGIA COLO-RECTAL – TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO / ANASTOMOTIC LEAK IN COLORECTAL SURGERY – ENDOSCOPIC THERAPY: A TERTIARY CENTRE'S EXPERIENCE**

Conceição D.; Cortez Pinto J.; Rosa I.; Moleiro J.; Marques I.; Mão-de-Ferro S.; Barroca R.; Limbert M.; Maciel J.; d' Orey L.; Dias Pereira A.

*Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil; EPE*

**Introdução:** As complicações anastomóticas da cirurgia oncológica colo-rectal estão associadas a taxas significativas de morbimortalidade. Atualmente aumentou francamente o número de procedimentos com preservação de esfíncteres, mas também o número de deiscências anastomóticas (DA). Para doentes selecionados, a terapêutica endoscópica das DA surge como uma alternativa válida, poupando os doentes a uma re-intervenção cirúrgica.

**Objetivos:** Primário: avaliar a eficácia (definida como o encerramento completo da DA) da terapêutica endoscópica e a taxa de doentes submetidos a posterior reconstrução do trânsito intestinal.

Secundários: avaliar as complicações, a duração do tratamento e as recidivas de DA.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo unicêntrico, sendo recrutados todos os doentes submetidos a tratamento endoscópico de DA colo-rectais e íleo-anais (10/2016 a 10/2020).

Foram analisados os tratamentos endoscópicos utilizados: terapêutica de vácuo endoluminal - Endo-SPONGE®; clips through-the-scope (TTS) e clips over the scope (OTSC); a sua eficácia, as complicações associadas, a duração do tratamento, as taxas de reconstrução do trânsito intestinal e de recidivas de DA.

**Resultados:** N=13; Idade 18-72 (mediana 62); sexo masculino 7/13; anastomoses íleo-anais por PAF 2/13; anastomoses coloreticais por tumores do recto: médio 8/13; baixo 3/13; Terapêutica neoadjuvante: 11/11 (9/10 QRT; 1/10RT); Proctocolectomia com bolsa 2/13; RAR 11/13; Dia de pós-operatório ao diagnóstico de DA: mediana 62 (AIQ 14-278); Dias até ao início da terapêutica: mediana 34 (AIQ 13-137); Tipo de terapêutica: 6/13 Endo-SPONGE®;



4/13 clips TTS; 2/13 combinação Endo-SPONGE®+clipT-TS; 1/13 combinação Endo-SPONGE®+clipOTSC+ clipT-TS+; Nº sessões: mediana 6 (AIQ 3-11); duração mediana 21 dias (AIQ 8-62); Eficácia primária 11/12 (1 ainda em tratamento); Complicações: 1/13 dor por exteriorização do clipOTSC; Recidiva de DA tardia 2/12 (1 abordagem cirúrgica; 1 sob Endo-SPONGE®+clipTTS); Reconstrução do trânsito intestinal: 8/13 (1 aguarda; 2 ainda em tratamento; 2 estoma definitivo).

**Conclusões:** A terapêutica endoscópica de DA colo-rectais e íleo-anais demonstrou ser segura e ter uma elevada taxa de eficácia, com um impacto positivo muito significativo na qualidade de vida dos doentes, traduzida pela possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal. As modalidades terapêuticas empregues dependem sobretudo das características da DA, podendo ser utilizadas em combinação.

#### CO34

##### **RISCO DE DEISCÊNCIA ANASTOMÓTICA COM O USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES: MITO OU REALIDADE? / ANASTOMOTIC LEAK RISK WITH NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS USE: MYTH OR REALITY?**

Paula Marques, Joana Gaspar, Mónica Sampaio, Pedro Brandão, Ana Cristina Silva, Marisa D. Santos

*Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** A associação entre a utilização de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e a ocorrência de deiscências anastomóticas é um tema controverso na literatura.

**Objetivos:** Avaliar a relação entre a utilização de AINEs e a incidência de deiscências anastomóticas, em doentes submetidos a colectomia direita.

**Material e métodos:** Estudo de coorte observacional retrospectivo de doentes submetidos a colectomia direita num período de 5 anos (janeiro de 2014 a dezembro de 2018). A utilização de AINEs, modo e duração do tratamento foram comparados entre grupos, após exclusão dos fatores confundidores, em análises univariada e multivariada.

**Resultados:** 185 doentes foram incluídos no estudo e divididos em grupos, consoante a administração de AINEs, com subgrupos de classe, modalidade, número

e duração de administração. A análise univariada foi significativa para a toma simultânea de dois AINEs ( $p=0,009$ ) e para duração de administração superior a 3 dias ( $p=0,010$ ), mantendo-se estes resultados na análise multivariada. O aumento da duração de utilização de AINEs (OR: 1,83 (IC 95%: 1,18-2,85)) e a utilização simultânea de dois AINEs (OR: 5,25 (IC 95%: 0,988 – 27,9)), associam-se à ocorrência de deiscência anastomótica.

**Conclusões:** A utilização de AINEs no pós-operatório deve ser cuidadosa, utilizando apenas um fármaco e por um período limitado (inferior a 3 dias), independentemente do fármaco utilizado.

#### CO36

##### **ANASTOMOSE INTRACORPÓREA VERSUS EXTRACORPÓREA NA HEMICOLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA: UMA ANÁLISE MULTICÊNTRICA / INTRACORPOREAL VERSUS EXTRACORPOREAL ANASTOMOSIS IN LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY: A MULTICENTRIC ANALYSIS**

Rita Pereira; Inês Sousa; Miguel Neves; Inês Sales; Maria Inês Coelho; Paulo Alves; Nuno Rama; Paulo Clara; Sandra Amado; Costa Pereira; Carlos C Pereira; Jorge Costa; Nuno Vilela; Miguel Coelho; Vítor Faria

*Centro Hospitalar de Leiria; Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; Hospital Distrital de Santarém*

**Introdução:** A colectomia laparoscópica é considerada uma técnica cirúrgica segura e efetiva tanto a curto como a longo prazo. Recentemente, tem havido um interesse crescente na aplicação da técnica de anastomose intracorpórea (AI), a qual é considerada mais desafiante do que a anastomose extracorpórea (AE). No entanto, ainda há falta de evidência relativamente aos resultados de ambas as técnicas.

**Objetivo:** Comparação de resultados cirúrgicos das técnicas de AI e AE na hemicolectomia direita laparoscópica.

**Materiais e métodos:** Os autores desenharam um estudo multicêntrico comparativo retrospectivo que incluiu 399 doentes que foram submetidos a hemicolectomia direita laparoscópica com AI ou AE, entre Setembro de 2014 e Outubro de 2018. Neste estudo foram incluídas quatro unidades Portuguesas de Cirurgia Colo-rectal e a técnica anastomótica usada foi escolhida de acordo

com a preferência do cirurgião. Foram analisados vários resultados, incluindo a duração do internamento hospitalar, complicações pós-operatórias (íleus, deiscência da anastomose e infeção do local cirúrgico (ILC)), taxa de re-intervenção, taxa de re-internamento, mortalidade aos 30 dias de pós-operatório e taxa de hérnias incisionais.

**Resultados:** Foi realizada AI em 57% dos doentes, com uma taxa global de conversão de 5.6%. O grupo da AI teve menos ILC (5,6% versus 13,5%,  $p < 0.05$ ) e hérnias incisionais (2,5% versus 6,8%,  $p < 0.05$ ). Não houve diferenças estatisticamente significativas relativamente ao íleus, deiscência da anastomose, taxa de re-internamento ou mortalidade.

**Conclusões:** Este estudo demonstrou, no geral, resultados semelhantes entre as duas técnicas, com possíveis vantagens na técnica de AI em relação às ILC e hérnias incisionais. Deste modo, este procedimento parece ser seguro quando realizado por cirurgiões experientes.

### CO37

#### **TRATAMENTO DA DOENÇA DIVERTICULAR: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR / TREATMENT OF DIVERTICULAR DISEASE: THE EXPERIENCE OF A HOSPITAL CENTER**

Rita Pereira; Inês Sousa; Miguel Neves; Inês Sales; Maria Inês Coelho; Paulo Alves; Nuno Rama; Paulo Clara; Sandra Amado; Miguel Coelho; Vítor Faria

*Centro Hospitalar de Leiria*

**Introdução:** A doença diverticular tem alta prevalência, sendo uma das causas mais frequentes de admissão hospitalar por patologia gastrointestinal. Embora seja mais comum com o avançar da idade, tem-se assistido a um aumento da incidência em grupos etários mais jovens. Também a sua abordagem tem sofrido alterações nos últimos anos, com tendência para opções menos invasivas e protelando a cirurgia eletiva para fases mais tardias no decurso da doença.

**Objetivo:** Este estudo pretendeu analisar a abordagem terapêutica da doença diverticular no nosso centro.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de todos os internamentos por doença diverticular, entre Janeiro de 2015 e Junho de 2018.

**Resultados:** Avaliámos um total de 426 admissões por diverticulite aguda, correspondendo a 384 doentes, dos

quais 51% eram mulheres, com idade média de 64 anos. Dos internamentos analisados, 9.9% foram referentes a re-admissões. A média de internamento foi 6,5 dias, 93% corresponderam a tratamento médico e 7% a tratamento cirúrgico (dos quais, 67% urgentes). Ano após ano, observámos uma tendência crescente para o tratamento médico e redução das taxas de tratamento cirúrgico. O primeiro episódio foi tratado mais frequentemente com terapêutica conservadora enquanto que os re-internamentos apresentaram maior taxa de tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico urgente preferencial foi a lavagem e drenagem laparoscópica, enquanto que o eletivo foi a ressecção laparoscópica, sem diferença estatisticamente significativa quanto ao tempo de internamento, morbidade ou mortalidade.

Caracterizámos ainda os doentes de acordo com a classificação de Hinchey e dividimo-los em 2 grupos: grupo A (Hinchey 1-2) e grupo B (Hinchey 3-4). O grupo B estava mais associado ao tratamento cirúrgico. Quando comparámos o tipo de tratamento e as análises clínicas, verificámos associação estatisticamente significativa entre o tratamento cirúrgico e valores aumentados de PCR. **Conclusão:** O progressivo conhecimento da história natural da doença diverticular levou a alterações no paradigma da sua abordagem, tendendo-se para uma menor "agressividade" terapêutica. É essencial a avaliação clínica, analítica e imagiológica para a individualização do tratamento e obtenção dos melhores resultados.

### CO38

#### **TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO TUBO DIGESTIVO BAIXO: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO / NEUROENDOCRINE TUMOURS OF THE LOWER DIGESTIVE TRACT: THE EXPERIENCE AT A TERTIARY REFERRAL CENTER**

Paula Marques, Joana Gaspar, Teresa Correia, Ezequiel Silva, Pedro Brandão, Mónica Sampaio, Ana C. Silva, Marisa D. Santos

*Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** Os tumores neuroendócrinos (TNE) do tubo digestivo são raros e têm potencial maligno variável. A sua localização condiciona diferentes apresentações, comportamentos e prognósticos.

**Objetivo:** Avaliar fatores de prognóstico e sobrevida nos TNE do tubo digestivo baixo.

**Material e métodos:** Estudo de coorte observacional retrospectivo de doentes diagnosticados com TNE do tubo digestivo baixo entre 2003 e 2020, divididos em grupos com base na sua localização. Realizada análise da sobrevida aos 5 anos e fatores associados (localização, tamanho, doença ganglionar ou à distância, grau e estadiopatológico).

**Resultados:** Amostra com 53 doentes, distribuídos por 4 grupos.

Grupo TNE do intestino delgado (n=25): idade média 62A. 76% dos doentes eram sintomáticos ao diagnóstico (oclusão ou hemorragia digestiva). Todos foram submetidos a cirurgia (curativa ou de citorredução). O seguimento médio foi de 56 meses e a taxa de mortalidade foi de 12%. A idade (p=0,010) foi o único fator associado a mortalidade.

Grupo TNE do apêndice (n=11): idade média 42A. A apresentação clínica em 73% dos doentes foi de apendicite aguda. Nenhum doente apresentava doença ganglionar local ou à distância, ao diagnóstico. Todos foram submetidos a cirurgia curativa, sem recidiva ou mortalidade associada (seguimento médio de 59 meses).

Grupo TNE do cólon (n=4): idade média 59A. Todos eram sintomáticos à data do diagnóstico (dor abdominal ou oclusão). Em 75% dos casos o tratamento cirúrgico foi curativo, sem recidiva ou mortalidade associada (seguimento médio de 41 meses). Um doente foi submetido a cirurgia de citorredução, seguida de tratamento com análogos de somatostatina, com progressão tumoral e óbito aos 3 meses após a cirurgia.

Grupo TNE do reto e canal anal (n=13): idade média 60A. 69% eram assintomáticos. Todos foram submetidos a tratamento curativo. Nenhum doente apresentava doença local ou à distância; 1 apresentava metastatização hepática, tendo realizado tratamento paliativo com análogos de somatostatina. Com um seguimento médio de 60 meses, a taxa de sobrevida foi de 85%.

Dado o pequeno número e a heterogeneidade da amostra, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sobrevida dos doentes para os parâmetros avaliados.

**Discussão / conclusão:** A baixa incidência dos TNE dificulta a identificação de fatores prognósticos. Porém a localização e a possibilidade de ressecção parecem influenciar a sobrevida e a taxa de recorrência.

#### CO40

#### **DIVERTICULITE AGUDA – EM QUE PONTO ESTAMOS? / DIVERTICULITIS - THE CURRENT STATUS**

Filipa Fonseca, Susana Ourô, Beatriz Costeira, Rita Garrido, Rui Maio

*Hospital Beatriz Ângelo*

**Introdução:** A diverticulite é uma patologia comumente diagnosticada em contexto de urgência, cuja prevalência tem vindo a aumentar, que pode acarretar morbilidade significativa e diminuição da qualidade de vida. Tem-se verificado uma mudança de paradigma e modificação do conhecimento em relação à sua fisiopatologia, história natural e abordagem terapêutica. Estas mudanças que se têm assistido na comunidade científica estão ainda por ter uma tradução na realidade clínica.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo consiste em retratar o percurso dos doentes com diverticulite aguda numa instituição portuguesa.

**Material e métodos:** Estudo observacional, descritivo e retrospectivo que inclui os doentes observados no Serviço de Urgência, entre 2017 e 2019, com diagnóstico de diverticulite aguda. Foram analisados dados relativos à abordagem inicial, regime de tratamento, terapêutica e avaliação após episódio de diverticulite.

**Resultados:** Foram incluídos 217 doentes, com um *follow-up* (FU) mediano de 16 meses, correspondendo a cerca de 76 casos/ano, 53% do sexo masculino, com mediana de idade de 56 anos. Na avaliação inicial, 84% realizaram tomografia computadorizada (TC) e 68% apresentaram uma diverticulite não complicada. A maioria foi tratada em regime de internamento (64%) com antibioterapia (99%). Dos 23 abscessos identificados, 57% tiveram uma dimensão superior a 3 cm e apenas 2 foram drenados percutaneamente. Realizaram-se 24 cirurgias urgentes, 76% das quais operações de Hartmann (OH). Das 11 cirurgias eletivas, a maioria decorreu da recorrência e/ou persistência sintomática, 73% por via laparoscópica e 91% foram sigmoidectomias. Após o episódio agudo,

75% dos doentes realizaram colonoscopia, tendo sido diagnosticadas 3 neoplasias. Dos 20 estomas construídos, 60% permaneciam no último FU, maioritariamente por falecimento ou recusa do doente/família.

**Discussão / conclusão:** A diverticulite é uma patologia frequente. Evidência científica recente demonstra ser possível tratar doentes em regime de ambulatório e sem antibióticos. Contudo, na realidade da nossa instituição, a maioria dos doentes foi tratado com antibioterapia em internamento. Igualmente, a drenagem percutânea está indicada em doentes com abscessos maiores que 3 cm, no entanto, verifica-se que foi possível em apenas 17% destes casos.

### CO41

#### **SÍNDROME PÓS-POLIPECTOMIA COLORRETAL – 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO / COLORECTAL POST-POLYPECTOMY SYNDROME – 15-YEAR EXPERIENCE OF A TERTIARY REFERRAL CENTER**

Mara Sarmiento Costa<sup>1</sup>, David Perdigoto<sup>1,2</sup>, Lagchar Barreto<sup>1</sup>, Inês Cunha<sup>1</sup>, Elisa Gravito-Soares<sup>1,2</sup>, Pedro Amaro<sup>1</sup>, Pedro Figueiredo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A síndrome pós-polipectomia (SPP) é uma complicação rara da polipectomia endoscópica com eletrocoagulação. É definida como dor abdominal persistente pós-procedimento sem perfuração intestinal livre. Pouco é conhecido sobre os seus fatores de risco.

**Objetivo:** Caracterizar a síndrome num centro terciário português.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes admitidos na enfermaria de Gastrenterologia por SPP entre 08/2006 e 10/2020.

**Resultados:** Identificámos 35 doentes, 21 (60%) homens, com idade mediana de 65 anos (IQR 16). Os doentes estiveram internados por uma mediana de 5 dias (IQR 4) e 20 (57,1%) desenvolveram dor abdominal até 6 horas após o procedimento. À admissão, 17 (48,6%) tinham febre. A média de contagem de leucócitos foi de  $13,5 \pm 4,4 \times 10^9/L$  e a mediana do doseamento de proteína C reativa (PCR) foi de 7 mg/dL (IQR 7;  $N < 0,5 \text{ mg/dL}$ ). Dois (5,7%) apresentaram hemorragia digestiva baixa. Todos

foram submetidos a radiografia abdominal à admissão e 8 (22,9%) foram submetidos a tomografia computadorizada abdominal. Vinte e oito (80%) cumpriram antibioterapia empírica. Todos os doentes tiveram alta após melhoria clínica, nenhum necessitou de cirurgia.

A polipectomia foi intra-hospitalar em 29 (82,9%). O tamanho mediano da lesão foi de 20 mm e 32 (91,4%) tinham mais de 10 mm. Vinte e dois (62,9%) tinham configuração polipóide (Paris 0-Ip e 0-Is). Quinze (42,9%) foram identificados no cólon esquerdo. A injeção submucosa foi realizada em 18 (51,4%) lesões Paris 0-Is/II e em 3 (8,6%) 0-Ip. Quanto à histopatologia, 16 (45,7%) eram adenomas com displasia de baixo grau e 12 (34,3%) carcinomas/displasia de alto grau. Não encontramos correlação entre internamento mais longo e idade, tamanho da lesão, tempo entre procedimento e início da dor, leucocitose ou PCR.

Tendo em conta as ressecções colorretais com ansa diatérmica realizadas no nosso serviço e consequentes casos de SPP de 2016 a 2019, a incidência anual de SPP variou entre 0,09% e 2,1%, respectivamente e aumentou progressivamente.

**Discussão / conclusão:** O presente estudo é limitado pelo seu desenho retrospectivo e pequena população. Esta síndrome confere um excelente prognóstico. Esta potencial complicação, que pode mimetizar a perfuração colorretal, deve ser considerada na avaliação de dor abdominal pós-ressecção endoscópica diatérmica. Os dados são insuficientes para explicar o aumento de incidência.

### CO 42

#### **ILEOSTOMIA DE PROTEÇÃO NA NEOPLASIA DO RETO / TEMPORARY ILEOSTOMY IN NEOPLASIA OF THE RECTUM**

Telma Fonseca, Elisabete Campos, Ana Azevedo, Elisabete Barbosa

Centro Hospitalar e Universitário de São João

**Introdução:** Na cirurgia do reto, a ileostomia em ansa temporária é frequentemente realizada para minimizar o impacto da deiscência anastomótica. Apesar de intenção temporária, nem todos os estomas de proteção são encerrados.

**Objetivo:** Determinar quais os fatores associados a uma probabilidade maior de não se realizar o encerramento do estoma de proteção após cirurgia de ressecção de reto.

**Material e métodos:** Foi feito um estudo retrospectivo transversal unicêntrico, tendo sido revistos os dados clínicos dos doentes com o diagnóstico primário de cancro do reto ou da transição reto-sigmóide e que foram submetidos a cirurgia eletiva de ressecção com ileostomia de proteção entre 2008 e 2019.

**Resultados:** Um total de 680 doentes foram submetidos a cirurgia de ressecção do reto, dos quais em 206 foi também feita uma ileostomia de proteção em ansa, foram excluídos 3 doentes por perda no *follow-up* e 2 por óbito antes dos 30 dias do pós-operatório.

Dos 201 doentes, 168 (83,58%) dos doentes foram reconstruídos, e 72,13% dos doentes foram reconstruídos antes dos 12 meses.

Não foram reconstruídos 33 doentes, sendo que 10 (4,9%) faleceram antes dos 12 meses de pós-operatório; e apenas 3 doentes aguardam, há menos de 12 meses, reconstrução do trânsito intestinal. Dos restantes doentes, vinte (9,95%) ficaram com estomas permanentes (ileostomias n=17, reversão em colostomia n=3).

**Conclusão:** A possibilidade de um estoma permanente deve ser considerada ao planear uma cirurgia de ressecção do reto, principalmente em doentes idosos com múltiplas co-morbilidades. O risco de um estoma se tornar permanente é maior nos casos de complicações relacionadas com a anastomose e em doentes com progressão da doença.

## CO47

### COVID-19 PANDEMY AND ITS IMPACT IN THE DIAGNOSIS OF COLORECTAL CANCER – RESULTADOS PRELIMINARES

André Marçal, Nuno Rama, António Oliveira  
e Grupo Colaborativo - PANDORA Study

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Introdução:** Em março de 2020 a COVID-19 foi declarada pandemia pela OMS, condicionando o confinamento de Portugal durante os meses de março, abril e maio de 2020 (Estado de Emergência). A saúde ficou restringida ao urgente/prioritário tendo cessado também o rastreio

de cancro colorretal. Com isto, o diagnóstico de cancro colorretal diminuiu drasticamente durante este período. Com este trabalho pretende-se apresentar dados preliminares do impacto que a pandemia COVID-19 teve no diagnóstico de cancro colo-retal.

**Material e métodos** – Estudo coorte, observacional, nacional e multicêntrico. Colheita retrospectiva de dados relacionados com o diagnóstico de cancro colorretal durante os períodos de março, abril e maio de 2020 (estado de emergência) e comparação com o mesmo período do ano de 2019, e com três meses seguintes (desconfinamento).

**Resultados:** Foram incluídos 57 doentes durante o período de estado de emergência, 122 doentes do período comparativo de 2019 e 144 doentes do período de desconfinamento. Durante o estado de emergência foi diagnosticado um maior percentual de estadios avançados comparativamente ao ano de 2019 ( $p=0,013$ ) e maior referência via serviço de urgência ( $p=0,000$ ). Houve também um menor tempo desde o diagnóstico até à decisão terapêutica ( $p=0,020$ ) e da decisão terapêutica até ao primeiro tratamento ( $p=0,008$ ). Comparativamente ao desconfinamento, os grupos não apresentam diferença estatística.

**Discussão:** Durante o estado de emergência houve um maior número de doentes diagnosticados pelo serviço de urgência, onde tipicamente recorrem por terem sintomas, traduzindo também estadios mais avançados de doença, sendo uma possível repercussão da paragem da atividade programada e de rastreio. Houve uma resposta mais atempada dos cuidados hospitalares a estes doentes, devido à continuação da atividade urgente e prioritária. É visível ainda que os efeitos do estado de emergência se prolongaram para o período de desconfinamento.

**Conclusão:** A pandemia COVID-19 condicionou um menor número de casos diagnosticados com cancro colorretal em Portugal e os doentes diagnosticados apresentaram-se com doença mais avançada.

### CO48

#### **EXCIÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS MALIGNOS: ABORDAGEM ADOTADA E FATORES DE RISCO PARA LESÃO RESIDUAL NA PEÇA OPERATÓRIA / ENDOSCOPIC RESECTION OF MALIGNANT POLYPS: CLINICAL APPROACH AND RISK FACTORS FOR RESIDUAL NEOPLASIA**

Maria Azevedo Silva, Carina Leal, André Ruge, Alexandra Fernandes, Liliana Eliseu, Paulo Clara, Nuno Rama, Helena Vasconcelos

*Centro Hospitalar de Leiria*

**Introdução:** O termo pólipos malignos (PM) refere-se a uma lesão colorretal de aspeto endoscópico benigno cuja histologia revela a presença de adenocarcinoma com extensão à submucosa (SM). A sua excisão endoscópica pode ser curativa, contudo, em determinados contextos, associa-se a um risco considerável de lesão residual (LR), justificando uma terapêutica cirúrgica.

**Objetivo:** Pretende-se analisar a abordagem adotada após excisão endoscópica de um PM e, nos doentes submetidos a cirurgia, determinar os fatores de risco associados à presença de LR na peça operatória (PO).

**Material / métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico, com inclusão de todos os doentes referenciados à consulta de Cirurgia Geral após excisão endoscópica de um PM, entre 1/1/2017 e 1/12/2020.

**Resultados:** Incluídos 65 doentes com média de idades de 68 anos ( $\pm 11$ ) e predomínio do sexo masculino (61.5%). A localização mais frequente das lesões foi o cólon sigmoide (49.2%) e a maioria era séssil (38.5%) ou pediculada (29.2%). Foram classificadas como tendo alto risco de doença residual 55 lesões (84.6%) devido a: excisão endoscópica incompleta (11), excisão fragmentada (18), margem vertical (MV) com lesão (4), MV livre <1mm (19), invasão vascular (1), profundidade da invasão SM e/ou budding não avaliados (2). Dez lesões (15.4%) foram consideradas de baixo risco. Optou-se por uma abordagem conservadora em 27 casos (41.5%), enquanto 38 (58.5%) foram submetidos a cirurgia. Verificou-se a existência de LR na PO em 12 doentes (31.6%), com invasão ganglionar em 6 (15.8%). A presença de LR associou-se a excisão endoscópica incompleta, excisão fragmentada e dimensão  $\geq 35$ mm ( $p < 0.05$ ). A presença de MV com

lesão associou-se ao risco de LR na PO ( $p = 0.002$ ) e ao risco de invasão ganglionar ( $p = 0.040$ ), ao contrário da MV livre <1mm. Nenhuma lesão com invasão superficial da SM ou com MV livre <1mm apresentou evidência de LR na PO. O tempo mediano de *follow-up* foi de 21 meses, tendo ocorrido uma recidiva local, num doente que recusou cirurgia.

**Discussão / conclusão:** A estratégia adotada após a excisão endoscópica de PM depende de uma avaliação integrada do doente e das características da lesão, sendo frequente uma abordagem cirúrgica. A excisão incompleta ou fragmentada, dimensão  $\geq 35$ mm e MV com lesão associaram-se à presença de LR na PO. A presença de MV livre <1mm não se associou a LR nem a invasão ganglionar na PO, sugerindo que este critério, quando presente isoladamente, poderá permitir uma abordagem conservadora.

### CO 49

#### **ABORDAGEM BOTTOM UP NA COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA POR NEOPLASIA / BOTTOM UP APPROACH IN LAPAROSCOPIC RIGHT COLECTOMY BY NEOPLASIA IS EQUIVALENT TO THE CLASSICAL APPROACH**

Eduarda Gonçalves, Carlos Costa Pereira, Olga Oliveira, Nuno Vilela, Joaquim Costa Pereira

*Hospital de Braga*

**Introdução:** A abordagem laparoscópica da ressecção do cólon direito pode ser efetuada de diferentes formas. Tradicionalmente é utilizada uma abordagem de medial a lateral com abordagem inicial dos vasos ileocólicos. Recentemente, surgiram novas abordagens técnicas como a abordagem de caudal a cranial (“bottom-up”) ou de cranial a caudal (up-to-down).

**Objetivo:** Avaliar os resultados de diferentes abordagens técnicas para a hemicolectomia direita laparoscópica com anastomose intracorporal

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo incluindo 100 doentes consecutivos submetidos a colectomia direita laparoscópica com anastomose intracorporal por neoplasia. Foram comparados os doentes de acordo com a abordagem técnica utilizada, medial a lateral, caudal a cranial e cranial a caudal.

**Resultados:** De abril 2018 a novembro 2020 foram submetidos 100 doentes a colectomia direita laparoscópica com anastomose intracorporal por neoplasia. Em 72 (72%) foi utilizada uma abordagem bottom-up (BU), em 21 de medial para lateral (ML) e nos restantes 7 realizou-se uma abordagem up-to-down (UD).

A maioria dos doentes foram do género masculino (70%). A idade média foi de 72 anos (IQR 66-81,75). O tempo cirúrgico médio foi de 143,5 minutos (IQR 113-180) não apresentando diferença significativa entre abordagens (medial a lateral 137,1 min (92-190), bottom-up 145,9 min (119-181) ou UD 139 min (110-169)). Também não se verificou diferença entre o tempo pós-operatório (ML (4,57 (3-5,5), BU (6,11 (3-6), UD 4,43 (3-6)), a frequência de complicações major (ML 11,1%, BU 14,3%, UD 0) e o número de gânglios ressecados (ML 24,7 (18,5-29), BU 26,3 (16,5-35,5), UD 30,43 (25-36)). A margem distal foi maior na abordagem BU (12,5 cm (6-17)) do que na abordagem ML (9 cm (5-12))  $p < 0,05$ , mas não se verificou diferença em relação à abordagem UD (12,5 cm (8-18)), sendo oncológica adequada em todos os grupos.

**Conclusão:** A abordagem bottom-up na hemicolectomia direita laparoscópica com anastomose intracorporal obtém resultados semelhantes a outras abordagens.

## CO50

### ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE VOLVOS DO COLON SIGMOIDE - SÉRIE RETROSPECTIVA DE 76 CASOS / ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF VOLVULUS OF THE SIGMOID COLON - A RETROSPECTIVE COHORT OF 76 CASES

Maria Inês Canha, Manuel Coelho Rocha, Tiago Capela, Mário Jorge Silva, Gonçalo Ramos, João Coimbra

Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, EPE, Lisboa

**Introdução:** Os volvos do colon sigmoide são uma causa de obstrução intestinal relevante na população idosa. Na ausência de complicações, a terapêutica inicial recomendada é a resolução endoscópica do volvo, devendo ser sucedida de cirurgia eletiva precoce pelo seu elevado risco de recorrência.

**Objetivo:** Avaliar os resultados a curto e longo prazo da abordagem endoscópica de volvos da sigmoideia.

**Métodos:** Estudo retrospectivo em doentes com diagnóstico de volvo da sigmoideia submetidos a colonoscopia entre Janeiro de 2009 e Novembro de 2020 num hospital terciário. Foram colhidos dados demográficos, clínicos e cirúrgicos do processo informático.

**Resultados:** Incluímos 76 doentes (55% homens) com idade média de  $74 \pm 14$  anos e um total de 162 colonoscopias (mediana de 1 [1; 2,5] colonoscopias por doente). Destes, 50% estavam medicados com fármacos obstipantes, 42% tinham patologia neuropsiquiátrica, 38% eram acamados, 28% tinham obstipação e 21% cirurgia abdominal prévia. A resolução endoscópica do volvo foi eficaz no primeiro exame em 86% ( $n=65$ ) dos doentes, tendo sido suspensos 6 exames por sinais de isquemia não previamente detetada em exames imagiológicos. Não existiram complicações endoscópicas imediatas.

Dos doentes com resolução do volvo inicial, foi feito um *follow-up* mediano de 25 [11;90] meses em 61 doentes. Verificou-se pelo menos uma recidiva em 59% ( $n=36/61$ ) dos casos, existindo recidiva precoce no mesmo episódio em 25% ( $n=15/61$ ) e tardia em 46% ( $n=28/61$ ). A recidiva tardia ocorreu em 43%, 64% e 93% dos doentes aos 1, 3 e 12 meses de *follow-up*, respetivamente.

Foram realizadas 28 intervenções cirúrgicas - 14 urgentes por isquemia, perfuração ou manutenção do volvo; 14 eletivas em doentes com volvo recidivante e sem contraindicação cirúrgica. A mortalidade intra-hospitalar foi de 29% ( $n=4/14$ ) em doentes operados de urgência (intra-operatória em 2 deles) e de 14% ( $n=2/14$ ) em doentes com cirurgia eletiva, nos dois casos complicada de deiscência da anastomose.

**Discussão e conclusão:** A descompressão endoscópica é uma terapêutica inicial eficaz em volvos da sigmoideia, permitindo criar condições operatórias favoráveis para um procedimento eletivo. No entanto, existe uma alta taxa de recidiva, na maioria dos casos no primeiro ano após o episódio inicial, o que salienta a importância de uma cirurgia precoce. O baixo número de procedimentos cirúrgicos na nossa série pode ser explicado pelas múltiplas comorbilidades e elevado risco cirúrgico de muitos doentes.

### C051

#### **EXISTIRÁ UM PAPEL PROTETOR DA METFORMINA NA INCIDÊNCIA DE PÓLIPOS, ADENOMAS E CARCINOMA COLORRETAL? / DOES METFORMIN HAVE A PROTECTIVE ROLE IN THE DEVELOPMENT OF POLYPS, ADENOMAS AND COLORECTAL CARCINOMA?**

Maria Inês Canha, Rita Saraiva, Sara Mendez Santos, Verónica Gamelas, Guilherme Simões, Gonçalo Ramos

*Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, EPE, Lisboa*

**Introdução:** A Diabetes *Mellitus* (DM) associa-se a uma incidência aumentada de carcinoma colorretal (CCR). Estudos recentes têm salientado o potencial protetor da metformina no desenvolvimento de CCR e os seus precursores.

**Objetivo:** Investigar se o uso de metformina se associa a uma menor incidência de pólipos, adenomas e CCR em doentes diabéticos.

**Métodos:** Estudo retrospectivo em doentes com diagnóstico de DM seguidos em consulta no nosso centro, com uma colonoscopia total realizada entre 2015 e 2019, sob terapêutica com metformina há pelo menos 5 anos ou outro antidiabético (grupo controlo). Num total de 548 doentes identificados, excluimos 147 por: exame incompleto ou inconclusivo por má preparação intestinal, história pessoal de doença inflamatória intestinal, história pessoal/familiar de polipose intestinal ou história familiar de CCR. Colhemos dados demográficos e clínicos do processo informático e registámos o número, tamanho e histologia dos pólipos detetados na colonoscopia. Análise estatística realizada no Stata®15 e interpretada a um nível de significância de 5%.

**Resultados:** Incluímos 401 doentes no estudo (57% homens) com idade média de 69±9 anos, subdivididos em dois grupos: sob metformina (n=260) e sem metformina (n=141). A taxa de deteção de pólipos por exame foi inferior no grupo sob metformina (50% vs 60%), embora estatisticamente não significativa (p=0.058). Os doentes sob metformina tiveram um número mediano de pólipos diagnosticados estatisticamente inferior ao controlo (1[0;1] vs 1[0;2] pólipos, p=0.014) e um número de adenomas tendencialmente inferior (p=0.105).

Em análise multivariável ajustada para a deteção de pólipos na colonoscopia, verificámos um risco acrescido

de pólipos em doentes do género masculino (OR 2.17, p<0.001), hipertensos (OR 1.79, p=0.040), por cada ano de idade (OR 1.03, p=0.017) e por cada valor (%) de hemoglobina glicada (OR 1.19, p=0.006).

Não observámos diferenças estatisticamente significativas entre grupos com e sem metformina na taxa de deteção de adenomas de alto risco e CCR (28% vs 27%, p=0.810; 11% vs 10%, p=0.705, respetivamente).

**Discussão e conclusão:** No nosso estudo, o uso de metformina associou-se a uma menor incidência e número de pólipos colorretais em doentes diabéticos. Ensaio randomizado são necessários para estabelecer o potencial papel protetor deste fármaco e aferir a sua aplicabilidade futura como profilaxia do desenvolvimento de CCR e seus precursores em doentes de risco.

### CO 55

#### **ANASTOMOSE COLO-ANAL DIFERIDA: UMA ALTERNATIVA À ANASTOMOSE COLO-ANAL PRIMÁRIA / DELAYED COLOANAL ANASTOMOSIS: AN ALTERNATIVE FOR DIRECT COLOANAL ANASTOMOSIS**

Eduarda Gonçalves, Carlos Costa Pereira, Joaquim Costa Pereira

*Hospital de Braga*

**Introdução:** A anastomose coloanal na neoplasia do reto baixo é necessária para manter continuidade do trânsito intestinal. Em 20% dos casos a deiscência da anastomose pode ter consequências catastróficas. É, por isso, habitual neste tipo de anastomose confeccionar um estoma de proteção. A técnica de anastomose coloanal diferida foi desenvolvida para tentar evitar a confeção de um estoma e deiscência de anastomose ao permitir a formação de aderências entre o cólon e a parede pélvica.

**Objetivos:** Descrever a técnica de anastomose colo-anal diferida e demonstrar os resultados desta técnica quando usados como técnica primária.

**Técnica:** Depois da resseção do reto baixo, a peça é extraída por via transanal. O cólon descendente é puxado 5 a 10 cm através do canal anal e fixado às nádegas com uma sutura em seda. Não se confeccionam estomas de proteção. Pelo menos 1 semana depois da primeira cirurgia, o doente é submetido a nova cirurgia para remoção



do *pull-through*, ao nível da margem anal e anastomose colo-anal é confeccionada.

**Resultados:** Desde outubro 2018, 11 doentes com neoplasia do reto baixo foram submetidos a resseção anterior do reto com *pull-through*. 8 doentes foram operados por laparoscopia. 10 (90.9%) eram homens. A distância entre o tumor e a margem anal foi em média de 7.7cm (3.5-18 cm), e 9 (81.8%) foram submetidos a tratamento neoadjuvante. A isquemia do *pull-through* levou à resseção precoce deste, em 4 doentes (36.4%). Nestes doentes foi confeccionada uma colostomia terminal. O tempo médio para a resseção do *pull-through* foi de cerca de 9.1 dias (5-14 dias). Nos doentes com anastomose colo-anal diferida bem-sucedida não foram observadas deiscências da anastomose. 3 doentes foram diagnosticados com abscesso pélvico, 1 tratado com antibioterapia, outro com drenagem por via transanal e 1 necessitou de drenagem no bloco operatório. A taxa de sepsis pélvica foi de 36.4%.

**Conclusão:** A resseção anterior do reto baixa com anastomose colo-anal diferida tem bons resultado a curto prazo, quando não se observa isquemia do cólon.

## CO58

### ABORDAGEM WATCH AND WAIT NO CANCRO DO RECTO: RESULTADOS APÓS 6 ANOS / WATCH AND WAIT APPROACH FOR RECTAL CANCER: RESULTS AFTER 6 YEARS

André Caiado, Rita Barroca, Joana Bártolo, Rodrigo Oom, Luís d'Orey, Manuel Limbert, Nuno Abecasis

Instituto Português de Oncologia de Lisboa

**Introdução:** O tratamento standard do adenocarcinoma (ADC) do recto localmente avançado consiste em quimiorradioterapia neoadjuvante (QRT) seguida da cirurgia. No entanto, diversos estudos têm mostrado a eficácia da quimiorradioterapia neoadjuvante no *downsizing* tumoral permitindo alcançar respostas patológicas completas (R<sub>Pc</sub>) em cerca de 20% dos doentes. Assim, diversos centros em todo o mundo têm adotado a abordagem *Watch and Wait* (WW) nos doentes com resposta clínica completa (R<sub>Cc</sub>) após o tratamento neoadjuvante com QRT. Esta estratégia foi introduzida no protocolo da nossa instituição em 2014.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo consiste na avaliação dos resultados da abordagem WW na nossa instituição.

**Materiais e métodos:** Estudo prospetivo que incluiu os doentes com ADC do recto em abordagem WW desde Novembro de 2014 até Novembro de 2020.

Foram incluídos nesta abordagem os doentes com ADC do recto baixo submetidos a QRT neoadjuvante e com R<sub>Cc</sub> após avaliação em consulta multidisciplinar de Cólon e Recto. Considerou-se R<sub>Cc</sub> após a avaliação imagiológica, endoscópica e clínica revelar ausência de doença residual entre as 8 e as 16 semanas pós-QRT neoadjuvante. Os doentes em vigilância são posteriormente submetidos a reavaliação com toque rectal, ressonância magnética, fibroscopia e CEA de 3/3 meses nos primeiros 2 anos e posteriormente de 6/6 meses. A TAC torácica e abdominal inicialmente é realizada de 6/6 meses nos primeiros 2 anos e posteriormente de forma anual.

**Resultados:** Trinta e dois doentes foram incluídos na abordagem WW. Apresentavam uma mediana de idades de 68 anos (43-88) sendo a maioria do sexo masculino. Os tumores apresentavam uma distância à margem anal mediana de 5 cm, nenhum destes doentes estava estadiado inicialmente como T4 e quase 60% apresentavam gânglios positivos. Para um período de seguimento mediano de 22 meses (1-72), verificaram-se 9 casos de *regrowth* dos quais 8 foram posteriormente submetidos a cirurgia de resgate, nenhum com R<sub>Pc</sub>.

**Discussão / conclusão:** Os doentes com R<sub>Cc</sub> após QRT neoadjuvante podem evitar a cirurgia e a morbimortalidade associada. A abordagem WW é segura, com a maioria dos casos de *regrowth* a ser posteriormente tratada com cirurgia. O *regrowth* ocorre maioritariamente nos primeiros 2 anos, realçando a importância de uma vigilância sistemática em centros de referência.

**CO59**

**CIRURGIA DE RESGATE NOS DOENTES COM REGROWTH APÓS WATCH AND WAIT: POSSÍVEL E SEGURA / SALVAGE SURGERY FOR PATIENTS WITH REGROWTH AFTER WATCH AND WAIT: SAFE AND POSSIBLE**

André Caiado, Rita Barroca, João Maciel, Manuel Limbert, Nuno Abecasis

*Instituto Português de Oncologia de Lisboa*

**Introdução:** A abordagem *Watch and Wait* (WW) em doentes com cancro do recto baixo que apresentam resposta clínica completa (RCc) após terapêutica neoadjuvante tem-se tornado uma opção cada vez mais comum. Esta estratégia tem-se revelado segura com resultados oncológicos semelhantes aos dos doentes operados com resposta patológica completa (RPC). No entanto, cerca de 25% dos doentes acaba por apresentar *regrowth* nos primeiros 2 anos de seguimento. Um dos aspectos mais relevantes para estes doentes passa pela possibilidade de oferecer uma cirurgia de resgate curativa (ressecções R0) e, se possível, com preservação do órgão.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo consiste na avaliação dos resultados da cirurgia de resgate por *regrowth* nos doentes em WW.

**Materiais e métodos:** Estudo prospetivo que incluiu os doentes com ADC do recto em abordagem WW desde Novembro de 2014 até Novembro de 2020.

Posteriormente foram analisados os doentes submetidos a cirurgia de resgate por *regrowth*.

**Resultados:** Trinta e dois doentes foram incluídos na abordagem WW. Ao longo do período de estudo verificaram-se 9 casos de *regrowth* com uma mediana de tempo até ao *regrowth* de 9 meses (intervalo 4-36). Foi proposta cirurgia de resgate a todos sendo que 1 doente recusou. Dos 8 doentes operados, 5 foram submetidos a Ressecção Anterior do Recto e 3 a Ressecção Abdomino-perineal, todas ressecções R0 e sem mortalidade pós-operatória imediata associada. Para um tempo mediano de seguimento de 28 meses (17-56) desde a entrada no protocolo e de 19 meses (5-44) após a cirurgia verificou-se 1 óbito por progressão da doença à distância enquanto que os restantes 7 mantêm-se em seguimento, sem casos de recidiva local ou progressão da doença à distância.

**Discussão / conclusão:** Os doentes com RCc após QRT neoadjuvante podem evitar a cirurgia e a sua morbimortalidade associada ao estarem inseridos em protocolos WW. Nestes doentes, o *regrowth* ocorre maioritariamente nos primeiros 2 anos, realçando a importância de uma vigilância sistemática em centros de referência. Para estes doentes a cirurgia de resgate é possível, com ressecções R0 e com preservação de órgão.

**CO60**

**CONCORDÂNCIA RADIO-CIRÚRGICA DO NÍVEL DE LIGADURA DA ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR: UMA BOA RAZÃO PARA QUESTIONAR OS RESULTADOS DE ESTUDOS SOBRE O NÍVEL DE LIGADURA NO CANCRO DO RECTO E DO CÓLON ESQUERDO / RADIO-SURGICAL AGREEMENT ON THE INFERIOR MESENTERIC ARTERY LIGATION LEVEL: A GOOD REASON TO QUESTION THE RESULTS OF STUDIES ON LIGATION LEVEL IN LEFT-COLONIC AND RECTAL CANCER**

Caroline Lorenzoni Almeida Ghezzi, Patrícia Cardoso Motta Lima, Carolina Rahde, Aline Spader Casagrande, Marino Bianchin, Oly Campos Corleta, Tiago Leal Ghezzi

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil*

**Introdução:** O estudo dos desfechos associados ao nível de ligadura da artéria mesentérica inferior (AMI) em pacientes com cancro do cólon esquerdo (CCE) e do recto (CR) tem sido baseado exclusivamente na avaliação intra-operatória da anatomia vascular pelo cirurgião.

**Objetivo:** Avaliar a concordância radio-cirúrgica em relação ao nível de ligadura da AMI em pacientes com CCE e CR. Também investigamos a concordância inter-radiologistas com respeito ao nível de ligadura da AMI e veia mesentérica inferior (VMI), padrão de bifurcação da AMI, relação da artéria cólica esquerda (ACE) com a VMI e padrão de intersecção da ACE e VMI.

**Material e métodos:** Estudo transversal que investigou 115 pacientes com CCE e CR submetidos à ressecção cirúrgica por cirurgiões coloreticais e gerais de um hospital universitário entre 2015 e 2018. A concordância radio-cirúrgica foi obtida através da comparação do nível de ligadura da AMI descrita pelo cirurgião com aquele identificado na tomografia computadorizada pós-opera-

tória com projeção de intensidade máxima, método de renderização de imagem que facilita a visualização de estruturas de alta densidade. O consenso de dois radiologistas foi considerado o padrão-ouro para comparação.

**Resultados:** Cirurgiões e radiologistas concordaram com relação ao nível de ligadura da AMI em 63,9% ( $\kappa=0,46$ ;  $p<0,01$ ) e 71,8% ( $\kappa=0,29$ ;  $p<0,01$ ) dos pacientes com CCE e CR, respectivamente. A concordância em relação à ligadura baixa da AMI foi o tipo mais comum de concordância em pacientes com CCE (46,7% dos casos de concordância) e CR (84,8% dos casos de concordância). A superestimativa do nível de ligadura da AMI pelos cirurgiões foi o tipo mais comum de discordância radio-cirúrgica em pacientes com CCE (47,1% dos casos de discordância) e CR (89% dos casos de discordância). A concordância inter-radiologistas foi de 97,4% para o nível de ligadura da AMI ( $\kappa=0,95$ ;  $p<0,01$ ), 92,2% para o nível de ligadura da VMI ( $\kappa=0,76$ ;  $p<0,01$ ), 98,2% para o padrão de bifurcação da AMI ( $\kappa=0,93$ ;  $p<0,01$ ) e 100% para o padrão de interseção da ACE e VMI e para a relação da ACE e VMI ( $\kappa=1,00$ ;  $p<0,01$ ).

**Conclusão:** O nível de ligadura da AMI foi corretamente identificado pelos cirurgiões em cerca de dois terços dos casos. Em face da elevada taxa de discordância radio-cirúrgica, devemos questionar as evidências de estudos que investigam desfechos associados ao nível de ligadura da AMI sem o emprego de metodologia adequada para confirmação desta intervenção.

## C062

### É SEGURO E EFICAZ O MULTISWITCHING ENTRE O INFLIXIMAB ORIGINAL E OS SEUS BIOSSIMILARES? / EVALUATION OF SAFETY AND EFFICACY OF MULTISWITCHING BETWEEN ORIGINAL INFLIXIMAB AND BIOSIMILARS

Catarina Nascimento

Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** O switch de infliximab (IFX) original para IFX biossimilar parece ser seguro e eficaz. Atendendo à disponibilidade de biossimilares a preços competitivos, alguns doentes são expostos ao fármaco original e a vários biossimilares (*multiswitching*). Assim, o nosso obje-

tivo foi avaliar a eficácia, segurança e perfil farmacocinético numa coorte de doentes expostos a *multiswitching*.

**Métodos:** Estudo retrospectivo unicêntrico, incluindo os doentes com DII, nos quais houve mais do que uma alteração entre o IFX original e um ou mais biossimilares. Foram comparados, através de teste qui-quadrado, teste t emparelhado ou teste de Wilcoxon, a atividade clínica da doença (HBI, score de Mayo parcial), marcadores analíticos e níveis de IFX imediatamente antes e após o *multiswitching*. Foram registadas as reações adversas ou infusionais que levassem à descontinuação do fármaco.

**Resultados:** Incluídos 26 doentes (58% homens, idade média de  $35\pm 12$ anos), 85% ( $n=22$ ) com Doença de Crohn e 15% ( $n=4$ ) com CU/colite indeterminada. A duração média da doença desde o diagnóstico foi de  $9\pm 6$ anos. Destes doentes, 46% tinham doença perianal e 54% antecedentes de cirurgia; 27% cumpriam terapêutica combinada com azatioprina no momento do switch. A período médio de seguimento desde o primeiro switch foi de  $14,7\pm 1,8$  meses. Não se verificaram diferenças em termos de remissão clínica (HBI < 5; Score de Mayo < 1) (91% vs 96%,  $p=NS$ ), PCR (0,79 vs 0,67 mg/dl,  $p=NS$ ), hemoglobina (13,83 vs 13,75g/dl,  $p=NS$ ) ou albumina (3,98 vs 4,37mg/dl,  $p=NS$ ) antes e após o *multiswitching*. A variação entre os níveis de infliximab também não foi estatisticamente significativa (mediana 4,9 vs 4,05  $\mu\text{g/mL}$ ,  $p=NS$ ). Nenhum dos doentes desenvolveu anticorpos anti-infliximab e não se registaram reações infusionais ou adversas com necessidade de suspensão do fármaco.

**Conclusões:** Neste grupo de doentes a utilização de múltiplos switches entre fármaco original e biossimilares não se associou a alteração da eficácia ou segurança terapêutica.

### CO68

#### EOSINÓFILOS NA APENDICITE AGUDA. PERFIL ALÉRGICO OU SEPSIS?

Nuno Carvalho<sup>1,2</sup>, Gisela Marcelino<sup>3</sup>, Liliana Gonçalves<sup>1</sup>, Carla Antunes<sup>4</sup>, Filipe Borges<sup>1,2</sup>, Margarida Ferreira<sup>1,2</sup>, Paulo Costa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal;

<sup>2</sup> Unidade Curricular Cirurgia I, Faculdade de Medicina de Lisboa. Prof Dr. Paulo Costa;

<sup>3</sup> Private Medical Practice, Route du Confin 2, 1723 Marly, Switzerland;

<sup>4</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

**Introdução:** A apendicite aguda (AA) é a mais frequente das urgências cirúrgicas abdominais, admitindo-se que a obstrução do lúmen apendicular é o fator desencadeador. No entanto, essa obstrução raramente se confirma na peça de apendicectomia. Alguns autores admitem que a AA resulta de reação alérgica. A eosinofilia é um dado comum na alergia.

**Objetivo:** Avaliar a ocorrência de eosinofilia na AA.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 218 doentes submetidos a apendicectomia por clínica de AA.

Definiu-se eosinofilia como contagem superior a  $0,7 \times 10^9/L$  ou superior a 5 % de leucócitos. Histologia: AA flegmonosa, necrosante e apêndice sem alterações. Estatística:

Mann-Whitney e T-Student. Apêndice sem alterações como grupo controlo.

**Resultados:** Apêndices sem alterações em 10 % dos casos. Contagem decrescente de eosinófilos do apêndice sem alterações para a AA fleimonosa e AA gangrenada ( $p < 0,01$ ).

Não se registaram casos de eosinofilia.

**Discussão:** A AA apresenta achados histológicos comuns aos da reação de Hipersensibilidade tipo I, o que levou à proposta de que a AA poderia ser uma reação alérgica. A eosinofilia é um marcador de alergia, enquanto a eosinopenia é marcadora de sepsis. Constatamos redução progressiva do número de eosinófilos do sangue periférico, do apêndice normal para o gangrenado ( $p = 0,001$ ).

Na alergia, a eosinofilia é proporcional à dimensão do órgão alvo, será o apêndice demasiado pequeno para ocorrer eosinofilia? Ou a sepsis é um fator de confusão?

**Conclusão:** A Apendicite Aguda cursa sem eosinofilia, não corroborando a hipótese alérgica.

### CO69

#### O VOLUME PLAQUETAR MÉDIO (VPM) É PREDITIVO DE APENDICITE AGUDA?

Nuno Carvalho<sup>1,2</sup>, Gisela Marcelino<sup>3</sup>, Liliana Gonçalves<sup>1</sup>, Carla Antunes<sup>4</sup>, Filipe Borges<sup>1,2</sup>, Margarida Ferreira<sup>1,2</sup>, Paulo Costa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal;

<sup>2</sup> Unidade Curricular Cirurgia I, Faculdade de Medicina de Lisboa. Prof Dr. Paulo Costa

**Introdução:** O VPM reflete a dimensão das plaquetas e é influenciado por múltiplos fatores. A inflamação reduz o VPM, por diminuição da produção, sequestração ou aumento de consumo. O VPM pode ter utilidade na monitorização da inflamação.

**Objetivo:** Avaliar o VPM como fator preditivo de apendicite aguda e a capacidade de discriminar a apendicite fleimonosa da gangrenada.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 157 doentes submetidos a apendicectomia por clínica de AA. Histologia: AA flegmonosa, necrosante e sem alterações. Estatística: Mann-Whitney e T-Student. Apêndice sem alterações como grupo controlo.

**Resultados:** AA em 142 doentes e apêndice sem alterações em 15. Não houve diferença no VPM no grupo com e sem apendicite ( $p = 0,018$ )

**Discussão:** O valor do VPM para diagnóstico de AA é controverso, os resultados da literatura são díspares. Vários estudos no adulto demonstraram o seu interesse, o que não aconteceu na nossa série.

**Conclusão:** O Volume Plaquetar Médio não tem valor diagnóstico para a Apendicite Aguda.

## COMUNICAÇÕES LIVRES DIGITAIS CASOS CLÍNICOS

### CC01

#### UMA CAUSA RARA DE INFEÇÕES URINÁRIAS DE REPETIÇÃO NA DOENÇA DE CROHN / METASTATIC CROHN'S DISEASE OF THE BLADDER

Maria Ana Rafael

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** A doença de Crohn (DC) metastática é uma complicação rara, mais frequentemente cutânea, mas já descrita no fígado, pulmão, baço, osso e bexiga. Pode surgir em períodos de doença inflamatória intestinal ativa ou quiescente. Estão descritos apenas dois casos na bexiga, um deles num doente sem sintomatologia urinária e com DC ileocólica ativa e outro com sintomatologia urinária e DC ileocólica quiescente.

**Objetivo:** Este caso pretende alertar para as manifestações clínicas e terapêutica desta entidade clínica rara.

**Resumo do caso:** Trata-se de uma doente de 49 anos, fumadora, com DC ileal diagnosticada aos 43 anos, sob terapêutica combinada com infliximab.

Em 2017 iniciou um quadro de infeções urinárias (ITUs) de repetição com múltiplos isolamentos microbianos, com necessidade de vários ciclos de antibioterapia, apesar de entretanto ter iniciado profilaxia com nitrofurantoína e ácido hialurónico. Para investigação da etiologia, realizou ecografia vesical que evidenciou um espessamento na parede vesical direita. Deste modo, foi submetida a cistoscopia que identificou dois pólipos sésseis na mesma topografia, que foram excisados. A sua histologia revelou mucosa vesical com moderada congestão, edema e infiltrado inflamatório misto do córion, onde se documentaram granulomas não necrosantes com células gigantes multinucleadas. A pesquisa

de bacilos ácido-álcool resistentes foi negativa. Realizou ainda ressonância pélvica que excluiu trajectos fistulosos para a bexiga, mas evidenciando uma imagem linear e hipersinal na mesma região da parede vesical. A urofluxometria evidenciou uma bexiga com aumento da sensibilidade e diminuição da capacidade, mas com compliance mantida.

Entretanto, por perda de resposta secundária ao infliximab com episódios de agudização da DC em relação com crises de suboclusão intestinal em 2018, iniciou vedolizumab. Suspendeu os hábitos tabágicos nesta altura. Manteve ITUs de repetição, incluindo um episódio de pielonefrite.

Em 2019, por manter quadros de suboclusão intestinal, foi submetida a ressecção ileocecal. Desde então, mantém-se em remissão da doença intestinal e sem novos episódios de ITUs.

**Relevância:** A DC metastática da bexiga foi raramente reportada, e nunca num doente com doença ileal ativa e concomitantemente com sintomatologia urinária. Este caso torna-se importante para alertar para esta causa de ITUs de repetição na DC, de modo a identificar e tratar devidamente casos semelhantes no futuro.

### CC02

#### SÉPSIS DA PAREDE ABDOMINAL – O ABCESSO PERIANAL É O CULPADO? / ABDOMINAL WALL SEPSIS – ANORECTAL ABSCESS IS THE CULPRIT?

Rita Marques, Cátia Ferreira, Artur Ribeiro, Paulo Jorge Sousa, António Oliveira, João Pinto de Sousa

CHTMAD

**Introdução:** O abcesso perianal integra o quotidiano do Cirurgião sendo o diagnóstico clínico e a drenagem o tratamento ideal. Os sinais sistémicos são infrequentes contrariamente aos perianais.

**Objetivo:** Retrata a importância da doença supurativa ano rectal nos diagnósticos diferenciais de sépsis abdominal.

**Resumo do caso:** Homem, 56 anos. Antecedentes de Prótese anca e Diverticulose cólica. Ida ao Serviço de

Urgência por dor perianal (24h evolução) agravada pela defecação e hesitação urinária. Sem febre. Exame objetivo normal. Alta orientado para estudo dirigido - antígeno prostático específico normal e elevação dos marcadores inflamatórios. Por febre retornou após 8 dias. Exame objetivo sem alterações. Analiticamente elevação marcada dos parâmetros inflamatórios, urina com *Escherichia coli* multirresistente e ecografia renal sem alterações obstrutivas. Internado na Medicina Interna por prostatite suspeita. Em 48h evolução com Choque séptico e disfunção multiorgânica. Imagiologicamente com necrose gasosa muscular abdominal extensa. Intra operatoriamente - conteúdo purulento/necrótico supra aponevrótico e cavidade celômica violada por fraqueza peritoneal. Efetuado Desbridamento muscular e laparotomia (pressão negativa) e admissão aos Cuidados Intensivos. Microbiologia confirmou agente. Subsequentes cirurgias identificaram origem no espaço retrovesical e retropúbico (abcesso supra elevador) com encerramento abdominal progressivo. Desenvolvimento de abcesso ísquio-anal resolvido com drenagem cirúrgica. Evolução favorável e alta ao 72º dia. Posteriormente efetuou endoscopia baixa - sem alterações. Progressão para fístula perianal com Ressonância Magnética Nuclear Pélvica (RMNP) a mostrar fístula transesfincteriana alta posterior e abcesso em ferradura. Submetido a drenagem das locas e colocação de seton. Drenagem purulenta persistente, com RMNP e Ecoendoscopia ano-rectal a revelarem: 2 fístulas transesfincterianas altas simples posteriores com orifícios internos contíguos e com atividade supurativa (classe IV da classificação de St. James). Efetuada Fistulectomia parcial dos trajetos extra esfinterianos com retalho de mucosa de avanço sem intercorrências. À data, sem evidência de recidiva.

**Relevância:** O caso representa simultaneamente o desafio diagnóstico do abcesso supra elevador e o potencial catastrófico da sépsis perianal. A terapia de pressão negativa foi crucial no controlo séptico abdominal seguida da abordagem perianal para resolução completa do quadro.

### CC03

#### **METÁSTASE PÉLVICA ISOLADA – A PERSPETIVA DE 2 CASOS / ISOLATED PELVIC RECURRENCE – THE PERSPECTIVE OF 2 CASES**

Rita Marques, Cátia Ferreira, Artur Ribeiro,  
Paulo Jorge Sousa, António Oliveira, João Pinto de Sousa  
*CHTMAD*

**Introdução:** O Carcinoma Colorectal apresenta incidência crescente nos indivíduos mais jovens. A cirurgia e terapêuticas oncológicas reduzem taxa de metastização (local ou à distância), que pode ascender aos 30%, essencialmente nos primeiros 2 anos.

**Objetivo** Retrata a importância da cirurgia na metástase pélvica isolada no controlo oncológico.

**Resumo do caso** Homem, 57 anos. História de Amputação Abdominoperineal por Adenocarcinoma do Reto baixo (pT3N0 - neoadjuvância + adjuvância). Aos 46 meses de seguimento, início de dor perineal irradiada para o membro inferior esquerdo. Imagiologicamente - suspeita de metástase no músculo piriforme esquerdo adjacente aos vasos ilíacos internos e repuxamento do ureter. Intra operatoriamente lesão pré músculo piriforme, posterior ao ureter distal e vasos ilíacos (com plano de clivagem) a invadir nervo ciático parcialmente - efetuada metastasectomia e linfadenectomia pélvica esquerda. Pós-operatório complicado com uroperitoneu - isquemia da junção ureterovesical. Efetuada Ureterectomia distal, anastomose ureterovesical e laparostomia (pressão negativa). Boa evolução, com cistoscopia sem extravasamento e encerramento abdominal. Confirmada metástase com invasão perineural sem metastização ganglionar, R0. À data atual sem recidiva. Mulher 70 anos. História de Sigmoidectomia por Adenocarcinoma Transição Reto-Sigmoideia (pT4aN1a > adjuvância). Aos 15 meses de seguimento, elevação dos marcadores tumorais. Imagiologicamente - suspeita de recidiva perianastomótica sem invasão ureteral e sem expressão endoscópica. Intra operatoriamente implante pélvico peri anastomose com invasão do ureter esquerdo distal com plano de clivagem com vasos ilíacos - efetuada metastasectomia, ureterectomia distal, reimplantação e colostomia terminal. Pós-operatório com boa evolução. Histologicamente confirmada metástase com invasão

perineural, linfovenosa sem invasão ureteral neoplásica R0. Sob quimioterapia sem recidiva.

**Relevância:** Representam recidivas pélvicas isoladas (axial-perineal/lateral *versus* axial/lateral no segundo). Atingido o objetivo da ressecabilidade com margens negativas, apesar dos fatores desfavoráveis (primeiro caso - género masculino, pós amputação abdomino perineal, dor perineal, elevação dos marcadores tumorais e localização (músculo piriforme) *versus* segundo caso - elevação dos marcadores e estadio avançado). Espelham o papel da cirurgia como única opção potencialmente curativa e os desafios anatómicos desta abordagem.

#### CC04

### ISQUEMIA POR IMPACTAÇÃO DE OSSOS NO CÓLON SIGMOIDE / COLONIC ISCHEMIA CAUSED BY IMPACTION OF CHICKEN BONES

Sofia Silva Mendes, Tiago Leal, Pedro Antunes, Margarida Gonçalves, Ana Célia Caetano, Bruno Arroja, Raquel Gonçalves

*Serviço de Gastreenterologia do Hospital de Braga*

**Introdução:** A colite isquémica resulta de uma redução significativa da perfusão de determinado segmento do cólon que pode ter múltiplas causas.

**Objetivo:** Este caso clínico pretende expor uma etiologia pouco frequente de isquemia cólica com necessidade de intervenção endoscópica.

**Resumo do caso:** Mulher de 86 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilhação auricular hipocoagulada com rivaroxabano e diverticulose cólica, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal difusa e hematoquézias de pequeno volume com 2 dias de evolução. Referiu a ingestão de frango com ossos 5 dias antes da admissão. Ao exame físico, apresentava tensão arterial de 142/91 mmHg, frequência cardíaca de 79bpm, temperatura auricular de 36,8°C, com dor difusa à palpação abdominal, mas sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com anemia, hemoglobina 9,5 g/dL (ref. 11.9-15.6 g/dL) com normocitose e normocromia, e elevação da proteína C reativa - 41,6 mg/L (ref. < 5mg/L). A TC abdomino-pélvica revelou edema parietal difuso do cólon transversal distal, descendente e sigmoide associado a edema dos planos

adiposos pericólicos e pequena quantidade de líquido livre. Era evidente, ainda, aglomerado de estruturas calcificadas, com cerca de 12 cm, no cólon sigmoide. Foi submetida a rectosigmoidoscopia que revelou ulceração extensa e contínua da mucosa com áreas de necrose, no cólon descendente com extensão proximal, sugestiva de isquemia. Impactação de múltiplos fragmentos ósseos no cólon sigmoide proximal em zona de divertículos com edema da mucosa e ulceração superficial. Foram removidos todos os ossos identificados com apoio de ansa, pinça de corpos estranhos e Roth Net®, sem intercorrências. Foi internada sob fluidoterapia e antibioterapia com ciprofloxacina e metronidazol com boa evolução clínica e analítica tendo alta ao quinto dia de internamento.

**Relevância:** Este caso clínico ilustra uma apresentação atípica de alojamento de corpos estranhos ingeridos como aglomerado impactado em área de divertículos como desencadeador de isquemia cólica numa doente com fatores de risco para doença vascular. Destaca-se o desafio do tratamento endoscópico com remoção de múltiplas estruturas pontiagudas alojadas numa área de fragilidade da parede do cólon com risco de perfuração.

#### CC05

### PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN COMO MIMETIZADOR DE DOENÇA DE CROHN / HENOCH-SCHÖNLEIN PURPURA AS A MIMICKER OF CROHN'S DISEASE

Sofia Silva Mendes, Pedro Antunes, Margarida Gonçalves, Tiago Leal, Rita Costa, Ana Célia Caetano, João Bruno Soares, Raquel Gonçalves

*Serviço de Gastreenterologia do Hospital de Braga*

Homem de 23 anos, fumador, sem outros antecedentes pessoais ou medicação crónica, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal epigástrica e no quadrante inferior esquerdo com 2 semanas de evolução. Neste período com obstipação, anorexia e perda ponderal de 6Kg (9% do peso corporal). Apresentava, ainda, artralgias na mão esquerda *de novo*. Quando questionado, revelou o surgimento de lesões cutâneas nas coxas com posterior progressão para as pernas, 3 dias após o início dos sintomas e em melhoria gradual. Nega febre ou sintomatologia urinária, incluindo hematúria macroscópica.

Episódio de infecção respiratória superior autolimitado uma semana antes do início dos sintomas. Neste período, recorreu 2 vezes a cuidados de saúde tendo sido medicado com ciprofloxacina, pantoprazol, sucralfato e butilescopolamina sem melhoria. Ao exame objetivo, apresentava desconforto à palpação na fossa ilíaca esquerda, e máculas e pápulas purpúricas nas pernas, tornozelos e dorso dos pés. Analiticamente, apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, com leucocitose  $16,2 \times 10^3/\mu\text{L}$  (ref.  $4-11 \times 10^3/\mu\text{L}$ ), proteína C reativa de  $26\text{mg/L}$  (ref.  $<5\text{mg/L}$ ), sem disfunção renal ou outras alterações de relevo. A TC abdominal e pélvica revelou distensão de ansas de intestino delgado no hipocôndrio esquerdo associada a adenopatias mesentéricas e pequena quantidade de líquido livre. Foi internado sob tratamento sintomático para complementar a investigação, inicialmente com o diagnóstico provável de doença de Crohn do intestino delgado. Fez endoscopia alta e colonoscopia sem alterações. Do restante estudo realizado apresentava um doseamento sérico de Imunoglobulina A no limite superior da normalidade. Teve alta após 4 dias de internamento com melhoria progressiva dos sintomas. Do estudo complementar em ambulatório, com entero-ressonância magnética sem alterações do intestino delgado e com redução dimensional de adenomegalias, calprotectina fecal normal e normalização dos parâmetros inflamatórios. Manteve seguimento em consulta durante 2 meses encontrando-se, assintomático sem tratamento.

Este caso clínico representa um quadro de púrpura de Henoch-Schönlein com manifestações típicas, mas surgimento fora da faixa etária habitual, e com atingimento abdominal a dominar a apresentação clínica que mimetizou uma doença de Crohn inaugural. Realça-se a importância de uma história clínica e exame físico integradores para o diagnóstico diferencial desta entidade com um curso benigno na maioria dos casos.

### CC07

#### **RECURRENCIA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL BENIGNA - APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO / RECURRENT BENIGN INTESTINAL OCCLUSION: A CASE REPORT**

Sara Morais; Nuno Pratas; David Salvador; Tamiris Mogne; Guilherme Santos; Amélia Coelho; Beatriz Mourato; Ilda Barbosa

ULSNA

A diverticulite é um problema comum nos países ocidentais caracterizada pela inflamação diverticular, podendo ser complicada ou não complicada. É uma causa comum de admissão hospitalar que quando complicada, pode apresentar-se, entre outros, sob a forma de obstrução. A obstrução pode resultar de um processo agudo, ou apresentar-se com uma evolução crónica, após vários episódios prévios de diverticulite.

Enquadrado em revisão bibliográfica deste tema, apresenta-se o caso de uma doente de 83 anos. com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada e dislipidemia. Submetida em 2018 a transversostomia derivativa após laparotomia urgente por oclusão intestinal, com evidência intraoperatória provável neoplasia sigmoideia, não ressecável. O estudo posterior excluiu esta possibilidade, propondo o diagnóstico de estenose inflamatória por doença diverticular. A doente teve boa evolução clínica após a intervenção e foi posteriormente proposta para encerramento do mesmo, tendo esta intervenção decorrido em 2019, sem intercorrências intra ou pós-operatórias.

Foi novamente admitida por novo quadro compatível com oclusão intestinal em Maio/2020. Clinicamente apresentava 4 dias de evolução de dor abdominal difusa, com vômitos e diarreia. À observação com distensão abdominal dolorosa. Do estudo efectuado, sem alterações analíticas a destacar; tomografia computadorizada urgente revelou dilatação do cólon por lesão sigmoideia estenosante infiltrativa.

Assim, foi novamente proposta para laparotomia exploradora. Intraoperatoriamente verificada oclusão por lesão estenosante sigmoideia, aparentemente inflamatórias, irressecável. Foi realizada transversostomia derivativa para resolução do quadro oclusivo. Após a cirurgia a doente realizou colonoscopia e ressonância



magnética para melhor caracterização, novamente sugerindo o diagnóstico de doença diverticular. A doente mantém à data boa evolução clínica.

A evolução clínica da doença diverticular a longo prazo representa ainda um importante desafio clínico, com poucas publicações a ela dedicadas, comparativamente à sua forma aguda. O acompanhamento e a decisão para intervenção cirúrgica, bem como a intervenção a efetuar deverá resultar da cuidada discussão do caso clínico em contexto multidisciplinar, individualizada a cada doente, no sentido de promover o resultado mais favorável, associado à menor morbidade possível para o doente.

### CC 08

#### **SOLITARY CECAL DIVERTICULITIS AS AN ACUTE-APPENDICITIS LIKE CLINICAL PRESENTATION.**

Nuno Silva Gonçalves

*Hospital de Braga*

A prevalência de diverticulose do cólon é muito difícil de avaliar uma vez que a maioria dos indivíduos permanece assintomático durante a vida. Diverticulose é a alteração estrutural mais frequentemente diagnosticada na Endoscopia Digestiva Baixa. No Ocidente, 85% é encontrada no cólon esquerdo/sigmoide, sendo raramente encontrada no cego, contrastando com a população oriental, onde a incidência é oposta. O divertículo do cego pode ser congênito ou adquirido, sendo o primeiro verdadeiro divertículo, composto por todas as camadas do cólon e desenvolvendo-se durante a 6ª semana de gestação. Divertículos adquiridos não contêm todas as camadas e são semelhantes aos encontrados no cólon sigmoide. De todas as formações diverticulares no cego, 80% estão localizadas a menos de 2,5cm da válvula ileocecal e cerca de 50% são encontradas na margem anterior.

A diverticulite do cego (DC) é uma causa rara de clínica aguda semelhante à apendicite aguda (AA), diagnosticada em cerca de 1-300 AA em todo o mundo. Uma vez que mimetiza a história clínica e exame físico da AA, podendo até causar má interpretação imagiológica, os pacientes geralmente são propostos a tratamento cirúrgico. Apenas intraoperatoriamente é encontrado o diagnóstico correto. Mais de 70% dos pacientes diagnos-

ticados com DC foram previamente diagnosticados com AA. Neste artigo, relatamos um caso clínico inicialmente diagnosticado clínica e imunologicamente como AA, proposto a apendicectomia laparoscópica que acabou por se revelar tratar-se de uma diverticulite do cego.

### CC 10

#### **A IMPORTÂNCIA DA ADEQUADA AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA NA ABORDAGEM DE LESÕES COLORECTAIS / THE FUNDAMENTAL ROLE OF ENDOSCOPIC ASSESSMENT IN THE MANAGEMENT OF COLORECTAL LESIONS.**

Rui Mendo

*Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*

**Introdução:** A maioria das lesões superficiais coloreticais podem ser eficazmente removidas utilizando a técnica de polipectomia standard ou mucosectomia endoscópica. A disseção endoscópica da submucosa (DES) deve ser considerada em lesões coloreticais tipicamente com mais 20 mm e associadas a maior risco de invasão mínima da submucosa. Este risco pode ser estimado através de uma adequada avaliação endoscópica baseado no padrão morfológico das lesões e padrão da microvascularização/criptas das mesmas através do recurso a cromoendoscopia virtual. Esta avaliação é fulcral na definição da abordagem terapêutica.

**Objetivos:** Reconhecer o papel fundamental da avaliação endoscópica na definição da abordagem terapêutica de lesões coloreticais.

**Resumo do caso:** Mulher de 86 anos com história 3 anos antes de mucosectomia em fragmentos de lesão polipóide sésil (T0-Is) do recto médio de 30 mm, que realiza nova colonoscopia onde se identifica no recto distal, a 2 cm da linha pectínea, uma lesão polipóide sésil com cerca de 5 cm extensão longitudinal, atingindo cerca de 40% da circunferência luminal. Foi realizada ressonância magnética pélvica para estadiamento locoregional que sugeriu tratar-se de uma lesão invasiva (T3N2). Apesar deste resultado, a avaliação endoscópica era sugestiva de se tratar de uma lesão adenomatosa benigna com padrão de criptas e vascularização mantidas e regulares (JNET2A). Admitiu-se recidiva da lesão inicial e foi proposto para resseção por técnica de DES. Procedeu-se

à excisão endoscópica por técnica DES utilizando a Flush Knife (Fujifilm®) e IT knife nano (Olympus®) com excisão em bloco sem complicações imediatas ou tardias (destaca-se presença de fibrose severa na submucosa na área central da lesão, em relação com mucosetomia prévia, obrigando à realização de disseção superficial da camada muscular superficial). A avaliação anátomo-patológica confirmou a percepção endoscópica, tratando-se de um adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau (R0).

**Relevância:** A adequada avaliação e caracterização endoscópica das lesões coloretais por endoscopista experiente em técnicas de ressecção endoscópicas é fundamental e deverá ser a base para a decisão terapêutica das neoplasias precoces colo-retais. Este caso confirma a importância deste mesmo aspecto com uma discrepância notória entre o estadiamento endoscópico e por RMN. Apresentamos este caso de forma a demonstrar o papel fundamental da endoscopia na definição da ressecabilidade das lesões coloretais.

### CC11

#### **PERFURAÇÃO DO CEGO POR BAROTRAUMA DURANTE PROCEDIMENTO DE COLONOSCOPIA UTILIZANDO INSTILAÇÃO DE CO<sub>2</sub> / CECUM PERFORATION BY BAROTRAUMA DURING COLONOSCOPY PROCEDURE USING CO<sub>2</sub> INSTILLATION**

Sónia Isabel da Silva Barros

*Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve*

**Introdução:** A perfuração do cego devido ao barotrauma é uma complicação reconhecida da colonoscopia ao utilizar ar ambiente para insuflação. Este método tem vindo a ser substituído pela instilação de CO<sub>2</sub> devido à sua absorção mais rápida. Existem outras vantagens reportadas pelos doentes como o menor grau de queixas algícas e redução da flatulência pós-procedimento. Apresentamos um caso de perfuração do cego secundária a barotrauma durante uma colonoscopia de rastreio utilizando CO<sub>2</sub> para insuflação.

**Objetivo:** Com este caso pretende-se realçar a importância do reconhecimento dos sinais de lesão por barotrauma incluindo lesões tipo «cat scratch colon», para minimizar esta temida complicação.

**Resumo do caso:** Trata-se de uma doente de 64 anos de idade com antecedentes de carcinoma da mama esquerda submetida a cirurgia e a tratamento de radioterapia e quimioterapia; hipertensão arterial e dislipidemia. Foi referenciada para colonoscopia de rastreio. Durante o procedimento, observaram-se múltiplos divertículos ao nível do cólon sigmoide e cólon descendente. Quando alcançado o cego observaram-se duas lesões paralelas e lineares eritematosas e brilhantes com cerca de 20m semelhantes a “arranhadura de gato” (*cat scratch*) associada a uma pequena quantidade de sangue vivo aderente. Procedeu-se ao encerramento com aplicação de 10 clips. O restante lúmen e mucosa não apresentavam alterações. Após procedimento realizou TAC de abdómen onde era evidente um extenso pneumoperitoneu envolvendo toda a vertente anterior da cavidade peritoneal com extensão máxima cerca de 19x4 cm de maiores diâmetros transversos e anteroposterior. A doente foi internada para vigilância, tendo iniciado antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol. Durante o internamento a evolução clínica foi favorável, com progressiva melhoria da dor abdominal, tolerância da ingestão oral e com trânsito intestinal mantido. Analiticamente, verificou-se inicialmente subida dos parâmetros inflamatórios, com proteína C reativa máxima de 129 mg/dL, com declínio progressivo e consistente.

**Relevância:** A perfuração é a complicação mais temida da colonoscopia. O cego, é a zona anatómica do cólon com maior diâmetro, logo mais suscetível de perfuração por barotrauma. São raros os casos relatados de perfuração por barotrauma durante colonoscopia com insuflação de CO<sub>2</sub>, contudo devemos estar sensibilizados para esta intercorrência.

### CC12

#### **UMA CAUSA RESSURGIDA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MASSIVA / A RE-EMERGING CAUSE OF MASSIVE GASTROINTESTINAL BLEEDING**

Raquel Pimentel, Sandra Lopes, Ana Canhoto, Miguel Fernandes, Pedro Figueiredo

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A tuberculose gastrointestinal pode atingir qualquer segmento do trato digestivo, sendo a região ileocecal a mais frequentemente envolvida. O seu diag-

nóstico exige um elevado índice de suspeição.

**Objetivo:** Relembrar a tuberculose intestinal como possível causa de hemorragia digestiva baixa.

**Resumo do caso clínico:** Homem, 50 anos, admitido por febre e tosse produtiva com 5 dias de evolução, associadas a astenia, anorexia e perda ponderal (>10% do peso habitual) com 1 mês de evolução. De referir história de alcoolismo crónico e condição socioeconómica deficiente. À admissão, apresentava-se hipotérmico, hipotenso e taquicárdico, com sinais de dificuldade respiratória e abdómen difusamente doloroso, sem defesa ou irritação peritoneal. Analiticamente, destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios. A TC torácica mostrou infiltrados e cavitações bilaterais. O exame direto da expectoração revelou bacilos ácido-álcool resistentes, com isolamento cultural de *Mycobacterium tuberculosis* simplex. Pelo choque séptico com falência multiorgânica, foi internado na Medicina Intensiva, iniciando anti-bacilares. Ao quarto dia, desenvolveu hematoquézias com choque hemorrágico. Realizou endoscopia digestiva alta que não evidenciou alterações. Efetuou ileocolonosopia com evidência de ulceração extensa, múltiplas cavidades, friabilidade espontânea e isquémia no cego e ascendente proximal, além de válvula ileocecal ulcerada e completamente aberta. Dada a incapacidade de terapêutica endoscópica, foi submetido a laparotomia, com identificação de tuberculoma ileal e isquémia com perfuração do íleon terminal e cego. Foi realizada hemicolecomia direita e ressecção segmentar do íleon. A análise anatomo-patológica revelou envolvimento difuso do cólon, intestino delgado e tecido adiposo por doença granulomatosa necrotizante (tuberculose intestinal). Apesar das medidas instituídas, o doente faleceu.

**Relevância:** A tuberculose intestinal, embora rara, permanece relevante em determinadas populações de risco, como doentes imunocomprometidos e com status socioeconómico precário. Manifesta-se frequentemente por sintomas inespecíficos (febre, dor abdominal, diarreia, perda ponderal, anorexia e mal-estar geral), porém, apresentações mais agudas como oclusão intestinal, perfuração intestinal e hemorragia digestiva massiva podem integrar o espectro clínico.

## CC15

### INFECÇÃO MIMETIZANDO NEOPLASIA MALIGNA DO RETO: PROCURAR PARA DIAGNOSTICAR / *INFECTIOUS PROCTITIS MISDIAGNOSED AS MALIGNANT RECTAL NEOPLASIA: SEARCH TO DIAGNOSE*

Raquel Pimentel<sup>1</sup>, Catarina Correia<sup>1</sup>, João Alves<sup>1</sup>, Elisa Gravito-Soares<sup>1,2</sup>, Marta Gravito-Soares<sup>1,2</sup>, Pedro Figueiredo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal;

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

**Introdução:** A infeção por *Chlamydia trachomatis* – linfogranuloma venéreo (LGV) – é uma doença sexualmente transmissível (DST), sendo uma causa incomum de proctite. O diagnóstico exige elevado grau de suspeição, dado que os achados clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos podem mimetizar múltiplas condições benignas ou malignas, como a doença inflamatória intestinal (DII), adenocarcinoma ou linfoma retais.

**Objetivo:** Importância do LGV no diagnóstico diferencial de uma massa retal e discussão dos achados clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos.

**Caso clínico:** Homem, caucasiano, 48 anos, sem antecedentes relevantes, admitido por suspeita de neoplasia retal. Por queixas de dor anorretal, retorragias e obstipação com 2 semanas de evolução, realizou TC abdominopélvica e RMN pélvica que revelaram espessamento retal circunferencial, infiltração da gordura periretal e invasão da fáscia mesoretal, associados a linfadenopatias locais, sugestivos de malignidade retal (T4N2Mx). Negou relações sexuais anais de risco, viagens para países tropicais ou história pessoal ou familiar de DII ou cancro colorctal. História familiar de neoplasia do pâncreas, colo do útero e mama. O toque retal identificou uma tumoração retal circunferencial. Analiticamente com ligeira elevação da proteína C-reativa (2,52mg/dL; N<0,5). A retosigmoidoscopia mostrou mucosa retal com ulceração extensa e circunferencial, bordos geográficos elevados, exsudado e erosões aftóides no limite proximal da ulceração mucosa. As biópsias revelaram proctite ulcerada aguda com infiltrado linfoplasmocitário difuso, sem displasia ou neoplasia. O screening de DST foi positivo para VIH-1 (CD4+ 251/mm<sup>3</sup>; N:700-1100) e título elevado de IgA para *C. trachomatis* (52000; N<5), sugerindo LGV. Confirmação diagnóstica pela identificação do DNA da

C. trachomatis em zaragatoa retal. Excluídas outras causas infecciosas de proctite aguda.

Após estes resultados, o doente acabou por mencionar que tinha tido relações homossexuais anais desprotegidas. Iniciou doxiciclina (100mg 2id, por 21 dias) com melhoria sintomática drástica. Repetiu retosigmoidoscopia 2 semanas após, com sinais de proctite ulcerada em resolução.

**Relevância:** A proctite por LGV, frequentemente desvalorizada, é uma doença re-emergente, que deve ser sempre equacionada como causa benigna de massa retal, de modo a evitar atraso diagnóstico e desenvolvimento de complicações. O diagnóstico torna-se mais desafiante em doentes com status VIH desconhecido.

### CC17

#### **UMA CAUSA INCOMUM DE SUBOCLUSÃO INTESTINAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL / AN UNCOMMON CAUSE OF BOWEL OBSTRUCTION IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**

João Correia, João Carlos Silva, Catarina Gomes, Edgar Afecto, Adélia Rodrigues, Ana Paula Silva, Carlos Fernandes, Ana Ponte, Sónia Leite, João Carvalho

*Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho EPE*

**Introdução:** Os pseudopólipos inflamatórios da colite ulcerosa (CU), embora benignos e sem indicação para exérese endoscópica na ausência de achados sugestivos de displasia ou malignidade, raramente poderão cursar com importantes complicações clínicas, nomeadamente a suboclusão intestinal, como ocorreu no seguinte caso descrito.

**Descrição do caso:** Uma mulher de 60 anos, com o diagnóstico de CU extensa há 1 ano, recorreu ao serviço de urgência (SU) por um quadro de obstipação refratária a laxantes com 2 semanas de evolução. Na colonoscopia (EDB) realizada à data do diagnóstico de CU, a doente apresentava uma estenose inflamatória do recto com cerca de 2cm e um subscore endoscópico Mayo 2 da margem anal ao ângulo hepático. Desde então, a doente encontrava-se em remissão clínica com enemas de messalazina e corticoterapia, aguardando início de terapêutica biológica. Ao exame objetivo realizado no SU, destacava-se dor abdominal difusa à palpação profunda, sem outros achados relevantes. Foi realizado uma

TC abdominal, que revelou uma lesão vegetante com cerca de 40mm de diâmetro no cólon ascendente e um espessamento parietal circunferencial do cólon sigmóide. Face aos achados, a doente teve alta com indicação de repetição de EDB em ambulatório. A EDB realizada subsequentemente revelou três lesões polipóides congestivas no cólon ascendente (a maior com cerca de 40mm) e uma área com cerca de 20cm de extensão no cólon sigmóide de mucosa congestiva e recoberta por áreas polipóides, condicionando uma marcada redução do calibre luminal, apenas transponível com enteroscópio. Foram realizadas biópsias das lesões encontradas, que revelaram uma mucosa com inflamação ligeira, sem sinais de displasia ou malignidade.

Posteriormente, a doente recorreu novamente ao SU por um quadro suboclusivo, que terá motivado um internamento de curta duração. Após uma discussão multidisciplinar, a doente foi electivamente submetida a colectomia total com anastomose ileorretal. Nos 6 meses após o procedimento, a doente encontra-se clinicamente assintomática, sob tratamento com messalazina retal.

**Relevância:** O caso apresentado é ilustrativo de como na CU os fenómenos regenerativos, após a indução da remissão clínica, podem cursar com a formação de áreas polipóides exuberantes, e consequente diminuição significativa do calibre luminal do cólon. Pela exuberância e extensão das áreas com pseudopólipos, o tratamento cirúrgico foi proposto, com resolução dos sintomas suboclusivos da doente.

### CC18

#### **DEFEITOS CONGÉNITOS DO DIAFRAGMA: UM DESAFIO À ENDOSCOPIA DIGESTIVA / CONGENITAL DIAPHRAGMATIC DEFECTS: A CHALLENGE TO DIGESTIVE ENDOSCOPY**

João Correia, Ana Ponte, João Carlos Silva, Catarina Gomes, Edgar Afecto, Adélia Rodrigues, Rolando Pinho, João Carvalho

*Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho EPE*

O presente caso descreve uma hemorragia digestiva associada a uma hérnia diafragmática de Bochdalek (BH), a qual condicionou um obstáculo ao adequado estudo endoscópico do cólon.

Um homem caucasiano de 85 anos deu entrada no serviço de urgência (SU) por um quadro de astenia para esforços ligeiros e hematoquézias com 1 semana de evolução, sem outros sintomas acompanhantes. O doente apresentava os diagnósticos prévios de fibrilhação auricular, doença arterial periférica e BH volumosa contendo o ângulo hepático, não apresentando história prévia de hemorragia digestiva manifesta. Dos hábitos medicamentosos destacava-se hipocoagulação com rivaroxabano e antiagregação com ácido acetilsalicílico. Ao exame objetivo, o doente apresentava-se descorado e desidratado, mas hemodinamicamente estável. O estudo analítico realizado revelou uma anemia microcítica (Hb 5.4 g/dL), sem outras alterações de relevo. Após suporte transfusional, o doente foi submetido a três colonoscopias (inicialmente sem sedação, seguida de colonoscopia com sedação e posteriormente com enteroscópio de mono-balão), nas quais apenas foi possível progressão até ao ângulo hepático, por formação de ansa recorrente, tendo-se observado sangue vivo em moderada quantidade ao longo da mucosa observada, sem identificação de outras lesões.

Foi então decidida a realização de cápsula endoscópica pan-entérica (CE), a qual revelou, no cólon direito em localização proximal ao ângulo hepático, áreas focais de mucosa congestiva, algumas erosões e úlceras lineares, sem sinais de hemorragia ativa ou recente. Estas alterações endoscópicas foram interpretadas como traumáticas por herniação cólica e como a causa deste quadro de hemorragia digestiva baixa.

O doente permaneceu internado uma semana, verificando-se estabilidade hemodinâmica e analítica, sem recidiva das perdas hemáticas. Após discussão multidisciplinar, o doente teve alta com indicação de manutenção de hipocoagulação com enoxaparina, suspensão da antiagregação e posterior avaliação por Cirurgia Geral.

Após um mês, o doente foi reavaliado em consulta externa, não apresentando recidiva de perdas hemáticas ou da anemia. Atendendo à sua idade e estabilidade clínica, optou-se por não realizar correcção cirúrgica da BH.

Este caso clínico salienta o papel fulcral da CE na hemor-

ragia digestiva obscura, bem como a sua utilidade como exame de segunda linha em doentes com colonoscopia incompleta. Além disso, é relatada uma causa incomum de hemorragia digestiva.

### CC19

#### TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE UMA FÍSTULA COLOVESICAL / ENDOSCOPIC TREATMENT OF A COLOVESICAL FISTULA

João Correia, João Carlos Silva, Catarina Gomes, Edgar Afecto, Rolando Pinho, Carlos Fernandes, João Carvalho

*Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho EPE*

**Introdução:** O tratamento de primeira linha de fístulas colovesicais benignas é cirúrgico, sendo a ressecção cólica com anastomose primária realizada na maioria dos casos. Contudo, a abordagem endoscópica tem sido descrita por alguns autores, afigurando-se como uma boa alternativa terapêutica em doentes com elevado risco cirúrgico ou em doentes com sintomas mínimos que não pretendam ser operados.

**Descrição do caso:** Um homem de 72 anos, com história prévia de internamento por diverticulite aguda complicada com abscesso pélvico há 5 anos, foi referenciado à consulta de Urologia por queixas de pneumatúria e fecalúria.

Foi realizada cistoscopia, que revelou uma área eritematosa exofítica retrotrigonal com conteúdo fecalóide aderente, e uma TC abdomino-pélvica, evidenciando densificação da gordura mesentérica no terço médio do sigmóide e espessamento da parede da bexiga, a qual continha duas pequenas bolhas de gás.

Assim, e atendendo à elevada suspeição clínica de fístula colovesical, foi requisitada uma colonoscopia esquerda. No exame endoscópico, aos 20cm da margem anal, foi observado um orifício com cerca de 2 mm de diâmetro, em provável relação com a hipótese diagnóstica. Durante o exame, foi injectado contraste pelo orifício observado e de seguida realizado controlo radiográfico, com observação de trajecto filiforme compatível com a fístula. Posteriormente, optou-se pela colocação de clip Over-the-Scope Clip (OTSC) centrado no orifício observado.

Dois meses após o procedimento, o doente foi reavaliado em consulta, relatando uma melhoria significativa com remissão completa dos sintomas urinários. Foi requisitado novamente exame de imagem, que revelou ausência de densificação da gordura mesentérica e uma pequena bolha de ar na bexiga.

**Discussão:** Neste caso clínico, o encerramento do orifício fistuloso com um OTSC apresentou um óptimo resultado. Assim, esta abordagem menos invasiva e realizada em contexto de ambulatório poderá ser uma opção terapêutica favorável em fístulas colovesicais benignas.

### CC20

#### **ABORDAGEM DE KRASKE NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LEIOMIOMA RETRO-RECTAL / KRASKE PROCEDURE IN SURGICAL TREATMENT OF RETRO-RECTAL LEIOMYOMA**

Raquel Prata Saraiva, Ana Paula Torre, Bárbara Neto Castro, Andreia Amado, Ana Rita Ferreira, João Varanda, Sílvia Costa, Bela Pereira, João Miguel Cardoso, Manuel Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

**Introdução:** O tumor retro-rectal é uma entidade rara, com incidência < 1%, de origem congénita na maioria dos casos. O leiomioma, além de ser uma das lesões mais raras nesta localização, tem ainda potencial de transformação maligna. O diagnóstico é dificultado pela localização e apresentação inespecífica. O *gold standard* do tratamento é a ressecção cirúrgica.

**Objetivo:** Apresentação da abordagem de Kraske em tumor raro retro-rectal

**Resumo do caso:** Homem, 71 anos, referenciado pela Urologia (neoplasia vesical de baixo risco), realizou RMN pélvica que identifica massa extraluminal sólida, de limites bem definidos, adjacente à vertente esquerda da transição do canal anal para o recto baixo sugestiva de provável natureza maligna. Doente refere apenas retorragias ocasionais, sem queixas abdominais. Toque retal sem alterações. Analiticamente: sem anemia ou sem elevação marcadores tumorais. Colonoscopia: abaulamento da parede recto sugestivo de lesão subepitelial ou compressão extrínseca. Biópsias da lesão: características morfológicas e perfil imuno-histoquímico compatível com leiomioma.

TC-TAP sem lesões à distância. Realizada ressecção cirúrgica por abordagem de Kraske. Pós-operatório sem intercorrências. Resultado histológico: Leiomioma, sem sinais de malignidade.

**Relevância:** O espaço pré-sagrado é bem delimitado anatomicamente e contém múltiplas estruturas embriológicas, podendo originar por isso um grupo heterogêneo de lesões. O leiomioma é uma lesão mesenquimal benigna, que se desenvolve na presença de células de músculo liso e o diagnóstico diferencial com o leiomiossarcoma é puramente histopatológico. Insere-se no grupo *miscellaneous* que engloba apenas 10 a 25% das lesões retro-retais. Tumores retro-rectais podem ser totalmente assintomáticos. Quando sintomáticos, a queixa mais frequente é a dor pélvica ou sagrada. O diagnóstico consiste em exames de imagem, TC e RMN, associado a colonoscopia. O tratamento de eleição consiste na excisão cirúrgica completa, existindo várias abordagens disponíveis. **No caso de tumor pequeno (<5cm) e caudal a S3 está indicada a abordagem posterior. Concluindo, o conhecimento da apresentação mais comum e o alto índice de suspeição são necessários para diagnóstico e tratamento de lesões retro-rectais raras.**

### CC21

#### **QUISTO EPIDERMÓIDE PERINEAL, UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO RARA / PERINEAL EPIDERMOID CYST, A RARE PRESENTATION**

Duarte Gil Alves, João Louro, Catarina Rodrigues, Catarina Muller, Florentina Menezes, Maria Olim, Diana Fernandes, Jorge Fernandes, Rómulo Ribeiro, Fernando Jasmins

Hospital Dr. Nélio Mendonça

**Introdução / objetivos:** Os quistos da rafe mediana são pouco frequentes e podem desenvolver-se em qualquer localização na linha média desde o sulco coronal peniano até ao ânus. Inicialmente descritos por Mermet em 1895, o seu diagnóstico é sobretudo clínico com confirmação anatomo-patológica. Propomo-nos a descrever um caso raro de um quisto da rafe mediana localizado na margem anal anterior.

**Resumo do caso:** Doente do sexo masculino de 47 anos, sem antecedentes médicos de relevo, referenciado pelo médico de família para consulta de Cirurgia Geral por

tumefacção dolorosa de crescimento progressivo na região perianal com três anos de evolução. Ao exame objectivo, apresentava uma lesão pediculada com maiores dimensões de 5 x 4 cm, indolor à palpação, facilmente mobilizável, aparentemente superficial. Não apresentava quaisquer sinais inflamatórios.

Realizou um RM Pélvica que descreveu a presença de uma formação quística com origem no complexo esfinteriano anal, compatível com um quisto de retenção de ducto/glândula anal ou, menos provável, um quisto epidermóide.

O doente foi submetido a exérese da lesão com margens livres e encerramento primário, sob anestesia geral. O estudo anatomo-patológica da peça revelou tratar-se de um quisto epidermóide.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências.

**Revelância:** Os quistos epidermóides da rafe mediana são um entidade rara na prática clínica habitual e são por norma lesões assintomáticas, daí que a abordagem em termos de tratamento deve pautar-se pela abordagem conservadora não cirúrgica. A abordagem cirúrgica é reservada para os casos sintomáticos ou por razões de ordem estética. A exérese cirúrgica com encerramento primário é a abordagem *goldstandard* associada a baixas taxas de recorrência.

## CC22

### TORÇÃO OVÁRICA E OCLUSÃO INTESTINAL / OVARIAN TORSION AND INTESTINAL OCCLUSION

Duarte Gil Alves, Catarina Rodrigues; Sara Fernandes; António Caires; Francisco Caires; Sofia Gaspar Reis; Rómulo Ribeiro; Fernando Jasmins

*Hospital Dr. Nélio Mendonça*

**Introdução / objetivos:** A torção ovárica é uma das emergências ginecológicas mais comuns e pode afectar mulheres de qualquer faixa etária.

Por outro lado, é ao nível do intestino delgado que ocorrem a maioria dos casos de oclusão, sobretudo de etiologia mecânica.

Ainda que tanto uma patologia como a outra sejam frequentes, a sua associação é relativamente rara.

**Resumo do caso:** Doente do sexo feminino de 87 anos, com antecedentes de hipotireoidismo.

Recorreu ao SU por quadro de astenia, prostração, su-

dação e dor nos quadrantes inferiores do abdómen. Ao exame objectivo, apresentava instabilidade hemodinâmica e dor à palpação do flanco direito.

Analiticamente, apresentava uma elevação dos parâmetros infecciosos.

Realizou uma TC abdomino-pélvica que revelou uma lesão quística no flanco direito, com dilatação das ansas intestinais adjacentes e densificação da gordura nesta topografia.

Foi submetida a laparotomia de carácter urgente, onde se constatou torção do ovário direito com extensa necrose hemorrágica do íleon terminal, cego e segmento proximal do cólon ascendente. Necessidade de realização de ileocectomia por isquemia irreversível e salpingooforectomia direita.

Pós-operatório sem intercorrências.

**Revelância:** O diagnóstico de torção ovárica é complexo, sendo que dor súbita nos quadrantes inferiores poderá ser muito sugestiva.

Ainda que a existência concomitante de patologia do foro intestinal seja rara, a sua ocorrência não deverá ser negligenciada.

## CC 23

### UMA CAUSA RARA DE OCLUSÃO INTESTINAL / A RARE CAUSE OF INTESTINAL OCCLUSION – A CASE REPORT

Sofia Reis; Duarte Gil Alves; Rita Pereira; Catarina Santos; Hélder Além; Zara Caetano

*Centro Hospitalar Barreiro Montijo*

**Introdução / objetivos:** Ainda que relativamente comum na idade pediátrica, a intussuscepção intestinal é uma entidade rara nos adultos correspondendo a cerca de 1-5% dos casos de oclusão intestinal. Propomo-nos a descrever um caso de oclusão intestinal por intussuscepção ileocólica.

**Resumo do caso:** Doente do sexo feminino de 31 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal difusa com 5 dias de evolução. Ao exame físico, apresentava uma massa palpável no flanco/fossa ilíaca direita, bem delimitada, fusiforme e móvel. A ecografia abdominal complementada por TC revelou a presença de uma invaginação ileocólica.

A doente foi submetida a laparotomia de carácter urgente em que foi possível constatar a invaginação do ileon para o cego e todo o cólon ascendente condicionado por uma tumoração cecal. O resultado anatomo-patológico da peça revelou tratar-se de um carcinoma indiferenciado (G4) com células tumorais presentes em 1 dos 22 nódulos linfáticos regionais (pT3N1a). Actualmente, a doente encontra-se a realizar quimioterapia adjuvante com Capecitabina e Oxaliplatina.

**Relevância:** A dor abdominal recorrente é um sintoma comum e complexo em contexto de urgência. A intussuscepção nos adultos, ainda que rara, é uma etiologia importante a considerar. Poderão existir atrasos no diagnóstico pela natureza inespecífica e o carácter intermitente dos sintomas.

### CC24

#### **TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES IDENTIFICADO NUM PÓLIPO ADENOMATOSO DO CÓLON: ASSOCIAÇÃO OU COINCIDÊNCIA? / COLONIC GRANULAR CELL TUMOR IDENTIFIED IN AN ADENOMATOUS POLYP: ASSOCIATION OR COINCIDENCE?**

Emanuel Alexandre Dias

*Centro Hospitalar de São João*

**Introdução:** Os tumores de células granulares são uma neoplasia rara, caracterizados pela expressão da proteína S100. Ocorrem mais frequentemente a nível da cavidade oral, pele, músculo esquelético e tecidos subcutâneos. O envolvimento gastrointestinal é relativamente incomum, correspondendo a 5-11% dos casos, atingindo mais frequentemente o esófago, seguido pelo duodeno, ânus e estômago. O envolvimento do cólon é raro, ocorrendo mais frequentemente no cólon direito. Tendem a ser assintomáticos e apresentam geralmente comportamento benigno, com potencial maligno muito baixo (1-2%).

**Objectivo:** Avaliar uma possível associação dos tumores de células granulares do cólon com alterações epiteliais reactivas, que se poderão associar ao aparecimento de lesões pré-malignas.

**Resumo do caso:** Um homem de 70 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus, realizou colonoscopia de rastreio, onde foram identificadas nume-

rosas lesões da mucosa - pólipo pediculado de 8 mm no cólon sigmóide; 2 lesões planas de 10 e 20 mm no cólon transversal; pólipo sésil com 8 mm no cólon ascendente; pólipo sésil com 3 mm no cego – que foram excisadas. O exame anatomopatológico demonstrou alterações histológicas correspondentes a adenoma tubular ou tubuloviloso com displasia de baixo grau em todas elas. Numa das lesões (pólipo sésil de 3 mm do cego), foi ainda identificada proliferação de células fusiformes com citoplasma eosinofílico granular dispostas em feixes entrecruzados a nível da lâmina própria e submucosa subjacentes à lesão adenomatosa. No estudo imuno-histoquímico, verificou-se expressão de S100 nas células fusiformes, na ausência de expressão de actina, desmina, c-Kit, EMA e ALK, assim como presença de grânulos intracitoplasmáticos pelo método PAS e PAS-D. Estes achados eram consistentes com o diagnóstico de tumor de células granulares. Após um ano, o doente encontra-se assintomático e a colonoscopia de seguimento não mostrou lesão residual ou recorrente.

**Relevância:** Está descrita a presença de alterações epiteliais inflamatórias ou atróficas em 35-60% dos casos de tumores de células granulares do cólon, as quais podem incluir distorção arquitectural das criptas e hiper cromasia nuclear. Este caso, que corresponde ao primeiro caso descrito de um tumor de células granulares identificado num pólipo adenomatoso, sugere que esta possível associação pode representar um risco acrescido de ocorrência de lesões pré-malignas.

### CC25

#### **LINFOMA DO MANTO: UMA CAUSA RARA DE POLIPOSE CÓLICA / MANTLE CELL LYMPHOMA: A RARE CAUSE OF COLON POLYPOSIS**

Emanuel Dias

*Centro Hospitalar de São João*

**Introdução:** O linfoma do manto é um subtipo histológico raro e agressivo, caracterizado pela expressão de ciclina D1, que envolve o tubo digestivo em 5-20% dos casos, geralmente sob a forma de polipose linfomatosa múltipla. Associa-se tipicamente a sintomas de dor abdominal, diarreia e hematoquezias. A maioria dos casos surge em estadios avançados com atingimento extra-intestinal.



**Objectivo:** Demonstrar que, embora incomum, as doenças linfoproliferativas são uma possível causa de polipose cólica.

**Resumo do caso:** Uma mulher de 67 anos, com antecedentes de diabetes mellitus e dislipidemia, realizou colonoscopia de rastreio que mostrou a presença de múltiplos pólipos sésseis de diâmetro entre 10 e 20 mm, recobertos por mucosa normal, ao longo de todos os segmentos do cólon. Foi removido um pólipo do cólon ascendente, cujo exame histológico revelou tratar-se de um pólipo hiperplásico. A doente encontrava-se assintomática e não apresentava alterações analíticas. A última colonoscopia, realizada 8 anos antes, era normal. Apresentava história familiar de 2 irmãs com cancro colo-rectal. Dada a ausência de uma causa clara de polipose cólica e presença de história familiar de neoplasia, optou-se por repetir colonoscopia. Desta vez, foram removidos 3 pólipos do cólon transversal e uma lesão polipóide a nível do cego. O exame histológico destas lesões revelou infiltração nodular difusa da mucosa e submucosa por células linfóides atípicas pequenas com núcleos irregulares e citoplasma escasso. O estudo imunohistoquímico foi positivo para CD20, CD5 e ciclina D1 e negativo para CD3 e CD10. Estes achados eram consistentes com o diagnóstico de linfoma do manto, apresentando-se sob a forma de polipose linfomatosa múltipla. O TC e PET de estadiamento evidenciaram envolvimento de gânglios linfáticos intra- e extra-abdominais, baço e anel de Waldeyer consistente com estadiamento IV. A doente foi referenciada para quimioterapia.

**Relevância:** Embora incomuns, as doenças linfoproliferativas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial das poliposes do tubo digestivo, especialmente quando surgem em idade avançada. Este caso demonstra que linfomas em estadiamento avançado podem apresentar-se sob a forma de polipose linfomatosa múltipla mesmo na ausência de sintomas gastrointestinais e que outros tipos de pólipos podem surgir ocasionalmente entre os pólipos linfomatosos. Assim, a ausência de sintomas e o achado ocasional de um pólipo benigno não excluem este diagnóstico ominoso.

## CC27

### NECROSE ISQUÉMICA DO RECTO: A ABORDAGEM CONSERVADORA PODE SER UMA OPÇÃO / RECTAL ISCHEMIC NECROSIS AFTER AORTIC VALVE REPLACEMENT SURGERY SUCCESSFULLY TREATED WITH CONSERVATIVE MANAGEMENT

Emanuel Dias

*Centro Hospitalar de São João*

**Introdução:** A proctosigmoidite isquémica é rara devido à abundante rede colateral de vasos arteriais que irriga o recto. Ocorre tipicamente em idosos com factores de risco cardiovascular, frequentemente em associação a instabilidade hemodinâmica ou procedimentos vasculares. Em casos ligeiros, a abordagem passa geralmente por tratamento de suporte, antibioterapia de largo espectro e monitorização apertada. Em casos mais graves, com ulceração profunda, hemorragia, perfuração ou necrose transmural, está geralmente indicado tratamento cirúrgico.

**Objectivo:** Demonstrar que a abordagem conservadora pode ser uma opção em casos de proctosigmoidite isquémica gangrenosa, em determinadas circunstâncias que tornem a cirurgia uma opção indesejável.

**Resumo do caso:** Uma mulher de 80 anos, com antecedentes de estenose aórtica, insuficiência cardíaca, fibrilação auricular e dislipidemia, foi submetida a substituição valvular aórtica com colocação de prótese mecânica. Ao 4º dia pós-operatório desenvolveu instabilidade hemodinâmica seguida de dor abdominal e diarreia com recorrentes hemorragias. Realizou TC abdominal que mostrou espessamento parietal do cólon descendente, sigmóide e recto e rectosigmoidoscopia flexível que mostrou coloração púrpura difusa da mucosa rectal, com áreas de ulceração, em aparente continuidade para o cólon sigmóide. Estes achados eram consistentes com o diagnóstico de proctosigmoidite isquémica complicada de necrose transmural. Uma vez que a anticoagulação pós-operatória estava a desempenhar um papel fundamental na prevenção de complicações tromboembólicas, optou-se por uma abordagem conservadora com terapêutica de suporte e antibioterapia endovenosa de largo espectro. Felizmente, a doente evoluiu favoravelmente com melhoria clínica e analítica progressiva.

**Relevância:** Este caso foi desafiante, na medida em

que, por um lado, a anticoagulação pós-cirúrgica conferia risco cirúrgico proibitivo, enquanto por outro desempenhava um papel fundamental na prevenção de complicações tromboembólicas. Assim, embora existisse indicação cirúrgica devido à presença de necrose transmural, optou-se por uma abordagem conservadora. As circunstâncias peculiares do caso mostram que, embora a cirurgia seja tratamento de primeira linha na proctossigmoidite isquémica gangrenosa, a abordagem conservadora pode constituir uma alternativa aceitável em certas situações em que não haja evidência de sépsis ou perfuração e em que não seja desejável submeter o doente a intervenção cirúrgica.

### CC28

#### **PSEUDO-TUMOR RECTAL SECUNDÁRIO A CHLAMYDIA TRACHOMATIS - NEM TUDO É O QUE PARECE / RECTAL PSEUDO-TUMOR DUE TO CHLAMYDIA TRACHOMATIS – NOT EVERYTHING IS WHAT IT SEEMS**

Edgar Afecto, Sónia Fernandes, Adélia Rodrigues

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** A proctite infecciosa por *C. Trachomatis* é uma infecção relativamente comum em homens que têm sexo com homens mas a sua apresentação clínica através de uma lesão pseudotumoral (na colonoscopia e RMN) constitui um achado bastante incomum.

#### **Objetivo:**

- Evidenciar uma forma de apresentação atípica de uma infecção relativamente comum em populações especificadas.

- Identificar potenciais falhas diagnósticas neste contexto

**Resumo do caso:** Um doente do sexo masculino, 51 anos, sem antecedentes médicos relevantes, é referenciado à consulta de Gastrenterologia por um quadro de dor anal pós-defecatória, rectorragias, drenagem anal muco-purulenta e perda de 18kg (>20% peso corporal) em 3 meses. Ao toque rectal é identificada uma massa dura ao toque, que ocupa 1/2 circunferência luminal do canal e do recto, não se palpando o limite proximal. Dada a suspeita de neoplasia colorrectal, foi realizada rectossigmoidoscopia flexível, que mostrou uma massa ulcerada, friável, dura ao toque da pinça, a ocupar 3/4 da

circunferência luminal desde o canal anal até aos 10cm da margem anal. Após este exame foi pedida RMN pélvica que identificou uma neoplasia rectal baixa, T2N+. As biópsias foram negativas para neoplasia pelo que foi repetido o exame, com biópsias novamente negativas. Em consulta de reavaliação, o doente refere ter tido sexo anal desprotegido, enquanto parceiro receptor. Foi colhido rastreio de DST, incluindo zaragatoa do canal anal, que foi positiva para *Chlamydia trachomatis*. A restante pesquisa de DST foi negativa, incluindo HIV. Foi iniciado doxiciclina 100mg 12/12h durante 7 dias, com resolução completa do quadro

**Relevância:** Esta apresentação incomum da infecção por *C. Trachomatis* constitui um desafio diagnóstico e demonstra a necessidade de uma avaliação clínica cuidada e aprofundada.

### CC29

#### **O QUÃO LONGE DEVEMOS IR COM O TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE UM VOLVO DA SIGMÓIDE? / HOW FAR SHOULD WE GO WITH ENDOSCOPIC DETORSION AND DECOMPRESSION IN A RECURRENT SIGMOID VOLVULUS?**

Raquel Pimentel<sup>1</sup>, Pedro Amaro<sup>1</sup>, Ana Velez<sup>1</sup>, Pedro Figueiredo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal*

<sup>2</sup>*Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal*

**Introdução:** A descompressão endoscópica constitui a primeira opção terapêutica num volvo da sigmóide não complicado, com uma taxa de sucesso inicial que pode alcançar os 95%. Contudo, sem um tratamento cirúrgico definitivo subsequente, o volvo tende a recorrer em até 75% dos casos, cada episódio acarretando um risco acrescido de complicações e de morte. Assim, o tratamento endoscópico deve ser empregue como medida temporizadora, seguido de sigmoidectomia eletiva precoce.

**Objetivo:** Sensibilizar para os riscos de protelar o tratamento cirúrgico definitivo de um volvo da sigmóide recorrente.

**Resumo do caso:** Mulher, 51 anos, admitida por náuseas, distensão e dor abdominal, associada a paragem da emissão de fezes com 5 dias de evolução. Antecedentes

de megacólon desde 2012, complicado com múltiplos episódios de volvo da sigmóide (9 nos últimos 8 anos), todos submetidos exclusivamente a descompressão endoscópica. O exame físico à admissão revelou abdómen marcadamente distendido e timpanizado, difusamente doloroso à palpação, mas sem defesa ou sinais de irritação peritoneal, com ruídos hidroaéreos diminuídos. Toque retal com ampola retal vazia. Analiticamente, apenas com leucocitose (15x10<sup>9</sup>/L). O raio-X do abdómen mostrou ansa de sigmóide dilatada com o sinal clássico de “grão de café”, sem ar livre intraperitoneal. A doente foi submetida a sigmoidoscopia flexível emergente que revelou convergência em espiral das pregas do cólon (“sinal do remoinho”) na transição retosigmoideia. A mucosa entre os pontos de torção apresentava um aspeto sugestivo de isquémia/necrose. Perante estes achados, a doente foi submetida a intervenção cirúrgica de emergência. A laparotomia exploradora identificou uma distensão cólica marcada com gangrena da ansa torcida. Foi realizada colectomia total com ileostomia terminal. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com alta ao fim de 10 dias.

**Relevância:** Com este caso clínico, pretende-se salientar a relevância de adoptar mais precocemente uma estratégia cirúrgica profilática eletiva em doentes com volvo da sigmóide recorrente, especialmente se jovens e com baixo risco cirúrgico, de modo a prevenir a ocorrência de complicações graves como isquémia intestinal e perfuração, evitar uma cirurgia emergente inerentemente associada a elevada morbimortalidade, e proporcionar um tratamento cirúrgico num único tempo.

### CC30

#### **PAPILOMA VS CONDILOMA: UMA DISTINÇÃO SUBTIL IMPORTANTE / PAPILOMA VS CONDYLOMA: AN IMPORTANT SUBTLE DISTINCTION**

António Manuel Rosa de Oliveira

*Hospital Central do Funchal*

Os papilomas epidermóides no trato gastrointestinal são geralmente limitados à cavidade oral, orofaringe e ao esfago. O papiloma epidermóide do canal anal é uma entidade rara, podendo em continuidade com este

epitélio ser de suspeitar sobre o tegumento cutâneo. Apresentamos o caso de um papiloma epidermóide sobre o tecido cutâneo de uma marisca.

Doente do sexo masculino de 34 anos com história de anemia e rectorragias foi encaminhado para a consulta de Proctologia, já tinha realizado uma ileocolonosopia total com boa preparação, e a retroflexão no recto não revelou lesões, salientando-se apenas do exame a presença de hemorróidas internas congestivas.

Ao exame perianal observa-se mariscas, apresentando no seu tegumento irregularidade com lesão polipóide milimétrica de aspecto condilomatoso, tendo sido realizada excisão de lesão. Apresentava concomitantemente hemorróidas internas de grau II e III para as quais iniciou tratamento instrumental dirigido.

A análise da peça revelou retalho cutâneo ovóide com 0,4x0,3cm, que inclui menos de 0,1cm de tecidos moles e a histologia revelou lesão proliferativa do epitélio pavimentoso, não tendo sido observados sinais sugestivos de infecção por HPV, nem sinais de neoplasia intraepitelial nem de neoplasia invasora, sendo a expressão do Ki67 não aumentado e p16 negativo, sendo sugestivo de papiloma epidermóide.

O papiloma epidermóide é uma neoplasia epitelial benigna rara, caracterizado por processo papilomatoso coberto por epitélio escamoso queratinizado. Admite-se que o papiloma epidermóide é uma lesão infectada por HPV que está subdesenvolvida e ainda não transformado num condiloma.

Assim o papiloma epidermóide pode assim ser confundido com um condiloma, contudo a distinção das duas condições dependerá da presença de células coilocitóticas que estão presentes no condiloma acuminado, e esse achado fará, devido à possibilidade de progressão para displasia e eventualmente a cancro, a distinção na gravidade do prognóstico. Sendo o risco para o desenvolvimento de cancro no papiloma epidermóide praticamente nulo.

É importante a sensibilidade dos proctologistas para tais lesões, e seu diagnóstico diferencial, tendo em conta a diferente necessidade de vigilância.

### CC31

#### ILEÍTE TERMINAL, NEM SEMPRE É DOENÇA DE CROHN / *TERMINAL ILEITIS IS NOT ALWAYS CROHN'S DISEASE*

Andrea Silva; Sandra Lopes; Francisco Portela; Pedro Figueiredo

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A ileíte terminal é um achado comum na prática clínica e muitas vezes associado a Doença de Crohn. No entanto, outras patologias devem ser consideradas na presença dessa entidade, nomeadamente em casos particulares, decorrentes de efeitos secundários de fármacos, como por exemplo, o micofenolato de mofetil e o micofenolato de sódio (MS). Estes são imunossuppressores utilizados na prevenção da rejeição do aloenxerto e têm sido associados a significativos efeitos adversos gastrointestinais.

**Objetivo:** Descrição de um caso clínico de ileíte terminal sugestiva de DC e o seu diagnóstico diferencial.

**Caso clínico:** Mulher de 18 anos, transplantada renal aos 13 anos por doença renal de etiologia desconhecida, com disfunção crónica do enxerto, medicada com MS, tacrolimus e prednisolona. Internada para estudo de anemia normocítica e normocrómica, identificada em análises de rotina com hemoglobina mínima (Hb) de 5,8 g/dL. Referia dor abdominal e diarreia, sem sangue ou muco, com vários meses de evolução e ainda perda ponderal de 2Kg no último mês. Do estudo etiológico, os valores de ferritina, ácido fólico, vitamina B12 e eritropoietina foram normais. A imunofenotipagem de sangue periférico sugeria alterações reativas e a prova de Coombs foi negativa. Os anticorpos transglutaminase foram negativos e excluiu-se etiologia infecciosa. A endoscopia digestiva alta e o exame histológico do estômago e duodeno estavam normais. A ecografia abdominal revelou espessamento parietal do íleon terminal, numa extensão de 6,6 cm. Em ileocolonosopia, o íleon era normal e a mucosa do cego era congestiva, com algumas úlceras superficiais, o estudo histológico era sugestivo de inflamação crónica inespecífica. Por apresentar melhoria progressiva e estabilidade de Hb (8,1g/dL) teve alta. Após discussão entre a equipa de Transplantação Renal e Gastrenterologia, o MS foi suspenso por suspeita de

enterocolite associada a este fármaco. Atualmente, dois meses após suspensão, a doente está assintomática e com recuperação de Hb para 14g/dL.

**Relevância:** Apresentamos este caso para enfatizar os desafios no diagnóstico de ileíte terminal e ilustrar a sobreposição clínica e endoscópica das lesões induzidas pelo MS.

### CC32

#### VOLVO DO COLON SIGMÓIDE EM COLITE ULCEROSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO / *SIGMOID VOLVULUS IN ULCERATIVE COLITIS – A CLINICAL CASE*

Andrea Silva; Sandra Lopes; António Manso; Francisco Portela; Pedro Figueiredo

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O volvo intestinal pode ser causa de obstrução em cerca de 1 a 7% dos casos nos países desenvolvidos e o sigmóide está envolvido em cerca de 64 a 80%. Na doença inflamatória intestinal é extremamente raro e está associado a alterações anatómicas, Doença de Crohn activa com envolvimento ileal ou bridas após cirurgia abdominal.

**Objetivo:** Demonstrar uma situação rara na doença inflamatória intestinal controlada.

**Caso clínico:** Mulher, de 24 anos, com diagnóstico de colite ulcerosa há 4 anos, classificada como extensa, medicada com messalazina oral, considerada em remissão clínica e endoscópica, com colonoscopia de Junho de 2019 sem alterações, nomeadamente da motilidade, sem outros antecedentes pessoais ou medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência do nosso hospital por dor e distensão abdominal associadas a diarreia (>10 dejeções/dia, sem sangue) com três dias de evolução. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável e apirética, com abdómen distendido, doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal e sem ruídos hidroaéreos audíveis. Analiticamente apresentava leucocitose mas sem outras alterações, nomeadamente hidroelectrolíticas. A radiografia abdominal simples em pé, revelou dilatação cólica, sem sinais de pneumoperitoneu. A TC abdomino-pélvico confirmou distensão cólica, com segmentos com 9 cm de calibre máximo e

com imagens compatíveis com volvo do sigmóide. A colonoscopia esquerda mostrou torsão a nível do sigmóide que se conseguiu reverter, sem outras alterações da mucosa observada. Quatro meses após este episódio, recorre novamente ao serviço de urgência, com clínica e colonoscopia semelhantes e diagnóstico de novo volvo do cólon sigmóide, com resolução endoscópica. Perante os dois episódios de volvo do cólon, discutiu-se a possibilidade de intervenção cirúrgica, nomeadamente sigmoidectomia em doente com colite ulcerosa.

**Relevância:** Os autores descrevem o caso clínico de uma complicação rara, em doente jovem com diagnóstico recente de colite ulcerosa e no qual se discute uma ressecção segmentar.

### CC33

#### **ANGIOMIXOMA AGRESSIVO DO CANAL ANAL – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO RARO / AGGRESSIVE ANGIOMYXOMA OF THE ANAL CANAL - A RARE CLINICAL CASE**

Ricardo Alves, Sónia Tomás, Cláudia Matos, Filipa Rocha, João Keil Amaral, Cláudia Branco

*Hospital de Cascais, Dr. José Almeida – Serviço de Cirurgia Geral*

O angiomixoma agressivo é um tumor do tecido mesenquimatoso, de crescimento lento, e que ocorre predominantemente na região perineal e em mulheres, em idade fértil.

O caso clínico apresentado refere-se a uma mulher de 48 anos referenciada à consulta de cirurgia geral por prolapso hemorroidário associado a retorragias. Ao exame objetivo palpava-se massa em contacto com a linha pectínea e à anuscopia visualizava-se lesão polipoide envolvendo cerca de ¼ da circunferência luminal. Realizou colonoscopia mas sem possibilidade de ressecção endoscópica, sendo a biópsia inconclusiva. A doente foi submetida a excisão transanal. O estudo anátomo-patológico descrevia um padrão morfológico e imunocitoquímico a favor de angiomixoma agressivo. O caso foi posteriormente discutido em consulta de decisão multidisciplinar com indicação para vigilância de recidiva local.

O angiomixoma agressivo foi descrito pela primeira vez por Steeper e Rosai em 1983. É um tumor mixóide composto por fibroblastos. O termo agressivo foi utilizado

para descrever o padrão infiltrativo vascular e a elevada probabilidade de recorrência. O angiomixoma representa um diagnóstico diferencial importante de tumores pélvicos em mulheres em idade fértil. A maioria destes tumores apresenta um crescimento lento, apresentando-se como massas perineais ou pélvicas que podem ou não originar sintomas compressivos. O tratamento de cura passa pela excisão completa com margens livres para atingir uma ressecção R0. A avaliação imunohistoquímica demonstra células positivas para recetores de estrogénio e progesterona.

O angiomixoma agressivo representa um tumor localmente agressivo que pode ser clínica e histologicamente confundido com vários tumores benignos e malignos de baixo grau. O seguimento a longo termo é necessário devido à elevada taxa de recorrência, estando esta dependente da ressecção completa com margens livres de tumor.

### CC34

#### **LESÃO DE DIEULAFOY NO COLON – UMA CAUSA INVULGAR E DESAFIANTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA / COLONIC DIEULAFOY'S LESION – A RARE AND CHALLENGING CAUSE OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING**

Maria Inês Canha, Sara Mendez Santos, Rita Saraiva, Verónica Gamelas, Guilherme Simões, Diana Carvalho

*Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, EPE, Lisboa*

**Introdução:** As lesões de Dieulafoy correspondem a 1-2% dos casos de hemorragia digestiva aguda. A maioria localiza-se no estômago, sendo rara a sua ocorrência no colon. Devido à sua natureza episódica, reduzidas dimensões e ausência de lesões da mucosa associadas, constituem uma causa pouco reconhecida de hemorragia gastrointestinal.

**Objetivo:** Este caso pretende salientar a importância de incluir uma lesão de Dieulafoy no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva baixa.

**Resumo:** Apresentamos o caso de uma doente de 68 anos que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por um quadro de melenas e fadiga com um dia de evolução. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável,

com mucosas descoradas e hidratadas, sem outras alterações de relevo ao exame físico e analiticamente com hemoglobina de 7,5g/dL. Cerca de 1 mês antes apresentava hemoglobina de 12g/dL e uma colonoscopia total sem alterações.

Realizou endoscopia digestiva alta que não revelou sangue no lumen ou alterações da mucosa. Durante a permanência no SU desenvolveu um quadro de hematocúezias, com necessidade de múltiplo suporte transfusional, tendo-se realizado colonoscopia total e angio-TC, sem visualização de hemorragia ativa ou alterações da mucosa gastrointestinal. Realizou subsequentemente uma videocápsula endoscópica, revelando apenas vestígios de sangue no colon.

Por persistência do quadro de hemorragia digestiva, repetiu-se colonoscopia tendo-se visualizado a nível do colon ascendente, na proximidade da válvula ileocecal, um coto vascular com cerca de 2mm com mucosa adjacente de aspeto normal, compatível com lesão de Dieulafoy, sem hemorragia ativa (apresenta-se iconografia). Realizada hemostase com injeção de adrenalina diluída em soro fisiológico (1:10.000) e colocação de um clip hemostático.

Durante o internamento não se verificou recidiva hemorrágica e a doente teve alta com hemoglobina de 8,6g/dL sob suplementos de ferro. Durante um período de 9 meses de *follow-up* não houve recorrência da hemorragia.

**Relevância:** A lesão de Dieulafoy é uma patologia rara, sobretudo a nível do colon, com escassos relatos na literatura. No entanto, pode originar uma hemorragia clinicamente significativa e ser um verdadeiro desafio diagnóstico pelas suas reduzidas dimensões, tornando necessárias múltiplas avaliações endoscópicas até ao diagnóstico, como neste caso. Assim que identificada a lesão, consegue-se na maioria dos casos uma hemostase duradoura através de terapêutica endoscópica com hemoclips.

### CC35

#### TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR NA DOENÇA DE CROHN PERIANAL DE DIFÍCIL CONTROLO / MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF DIFFICULT TO CONTROL PERIANAL CROHN'S DISEASE

Mara Sarmiento Costa<sup>1</sup>, Cláudia Macedo<sup>1</sup>, Sandra Lopes<sup>1</sup>, Francisco Portela<sup>1</sup>, Júlio Leite<sup>2,3</sup>, Pedro Figueiredo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A doença de Crohn (DC) perianal afeta cerca de 30% dos doentes com DC e representa um fenótipo de difícil controlo.

**Objetivo:** O presente caso pretende realçar a importância da articulação de equipas multidisciplinares com gastreenterologias e cirurgiões dedicados à doença inflamatória intestinal (DII) no complexo acompanhamento e racional terapêutico da DC perianal.

**Resumo do caso:** Sexo feminino de 27 anos com diagnóstico de DC A1L3B1 em 2013. Medicada inicialmente com corticoterapia e posteriormente iniciou infliximab (IFX) na dose de 5 mg/kg em monoterapia por intolerância à azatioprina.

Em março de 2014 foi feito o diagnóstico de abscesso perianal tendo sido submetida a drenagem cirúrgica. Durante o ano de 2015, teve múltiplos internamentos por abscessos perianais recorrentes, apesar das drenagens cirúrgicas efetuadas com colocação de setons e otimização da terapêutica médica com aumento da dose de IFX (10 mg/kg), encurtamento do intervalo para 6/6 semanas e combinação com imunossuppressores, de início com 6MP e posteriormente com metotrexato (MTX).

Em outubro de 2015, a doente foi novamente internada por quadro de febre, desnutrição, dor perianal com edema doloroso da região nadegueira direita e drenagem purulenta. A ressonância magnética mostrou volumoso trajeto fistuloso bifurcado em y na prega internadegueira direita que penetra no esfíncter externo às 6h com 2 locas abecedadas perirretais. A doente foi discutida em reunião multidisciplinar com cirurgião colorretal dedicado à DII tendo-se decidido efetuar colonoscopia para avaliação da doença luminal que mostrou doença

ativa do íleo terminal até ao cólon sigmoide, com reto poupado, com friabilidade, mucosa ulcerada e pseudo-pólipos. Proposta e submetida em 19/10 a drenagem, com retalho de deslizamento rectal e encerramento do trajeto fistuloso interno.

A doente mantém seguimento mantendo-se assintomática, com calprotectina fecal negativa, com ileocolonosopia sem lesões ativas e encontra-se medicada atualmente com IFX na dose de 5 mg/kg e MTX 7,5mg.

**Relevância:** O presente caso mostra as dificuldades inerentes ao tratamento da DC perianal. Para além da necessidade de uma abordagem multidisciplinar, ilustra ainda a importância de escolher a estratégia cirúrgica mais adequada e a possibilidade de, em determinados doentes, ir além da mera drenagem da sépsis perianal.

### CC36

#### **FÍSTULA RETO-VESICAL – UMA COMPLICAÇÃO INCOMUM DA IMPACTAÇÃO FECAL / RECTOVESICAL FISTULA – AN UNUSUAL COMPLICATION OF FECAL IMPACTION**

Chálim Rebelo C, Pinto AL, Almeida M, Flor de Lima M, Moura DB, Amaral R, Aranha P, Cruz R, Duarte MA

*Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada*

A obstipação crónica tem uma prevalência de 14% na população geral, sendo ainda mais comum em doentes idosos. Dentro das suas complicações encontra-se a impactação fecal, frequentemente assintomática ou com manifestações inespecíficas. O objetivo deste caso é apresentar uma complicação incomum da obstipação e da impactação fecal crónica.

Apresentamos o caso de doente do sexo masculino, 85 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 7 dias de evolução de recusa alimentar, prostração e dispneia associado a episódio isolado de retorragia e dor abdominal. Ao exame objetivo encontrava-se polipneico, com desconforto à palpação profunda da fossa ilíaca esquerda. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e a radiografia de tórax confirmou o diagnóstico de pneumonia, motivando o internamento. Por retenção urinária foi realizada algália-vesical. Ao 5º dia de internamento houve evidência de conteúdo fecalóide na algália. O doente realizou

tomografia computadorizada abdomino-pélvica com administração de contraste vesical por via retrógrada, verificando-se extravasamento de contraste para o reto, por um orifício com cerca de 4mm na parede posterior da bexiga, em relação com fístula reto-vesical.

O doente foi submetido a laparotomia mediana, onde se evidenciou úlcera da parede anterior do reto alto, com cerca de 5cm e bordos necrosados, em contiguidade com a parede posterior da bexiga, onde se observava orifício com cerca de 1cm. O reto encontrava-se dilatado e preenchido com fecaloma. Foi realizada rafia da parede anterior do reto e posterior da bexiga, com omentoplastia e criação de colostomia terminal.

As fístulas colo-vesicais são uma entidade rara, sendo a sua causa mais comum a doença diverticular. Apresentamos uma manifestação incomum da impactação fecal crónica, complicada de necrose da parede retal e fistulização vesical.

### CC37

#### **TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO: A PROPÓSITO DE UM CASO / INFLAMMATORY MYOFIBROBLASTIC TUMOR: A CASE REPORT OF AN UNSUAL ENTITY**

Mariana Coelho, Eduardo Dantas, Cristiana Sequeira, Inês Santos, Ricardo Freire, Élia Gamito, Ricardo Girão, Ana Paula Oliveira

*Centro Hospitalar de Setúbal; CUF Tejo*

Apresenta-se o caso de um homem de 42 anos, sem patologia associada, que recorreu ao Serviço de Urgência do nosso Centro Hospitalar por diarreia com 15 dias de evolução, acompanhada de hematoquézias de sangue escuro desde a semana anterior. Negava febre, dor ou aumento do volume abdominal, bem como sintomas constitucionais. À observação inicial apresentava-se com bom estado geral, estável do ponto de vista hemodinâmico e com abdómen discretamente doloroso à palpação dos quadrantes inferiores, sem defesa ou reação peritoneal; no toque rectal destacava-se a presença de hematoquézias de sangue escuro no dedo de luva. Da avaliação analítica salientava-se apenas a presença de anemia normocítica e normocrómica (Hb 10.8 g/dL, VGM 89 fL, HGM 29 pg) e PCR de 3.3 mg/dL. Realizou colonoscopia

que mostrou lesão polipóide de grandes dimensões no cego, adjacente à válvula ileocecal, parcialmente ulcerada. As biopsias realizadas interessaram mucosa superficial com moderado infiltrado inflamatório misto, sem tecido neoplásico. Foi efetuado estudo complementar com tomografia computadorizada abdominal e pélvica que mostrou, além da volumosa massa cecal, múltiplos gânglios milimétricos no meso locorregional mas sem evidência de doença à distância. Neste contexto, foi realizada uma hemicolectomia direita por via laparoscópica, com a análise anatomopatológica da peça a revelar um tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) do cólon.

Os TMI são tumores sólidos mesenquimatosos pouco frequentes, que afetam habitualmente população pediátrica ou jovens adultos. Descritos maioritariamente no pulmão, existem igualmente casos de várias localizações extrapulmonares. A etiologia não se encontra totalmente esclarecida. Historicamente foram associados a trauma, cirurgia ou infecção a Epstein-Barr ou herpes virus, sendo considerados tumores benignos mas, mais recentemente, devido à existência de elevada taxa de recidiva local, capacidade de metastização e evidência a apontar para alterações cromossómicas na sua origem, têm um comportamento que se pode assemelhar ao de um tumor maligno. A ressecção cirúrgica completa, quando possível, é o tratamento de eleição. O prognóstico, na maioria dos casos, é favorável.

### CC38

#### COLITE INDUZIDA POR POLIESTIRENO SULFONATO DE CÁLCIO – A IMPORTÂNCIA DE EQUACIONAR O DIAGNÓSTICO

João Estorninho, Raquel Pimentel, Lagchar Barreto, Manuela Meruje; Elisa Gravito-Soares, Marta Gravito-Soares, Pedro Figueiredo

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O poliestireno sulfonato de cálcio (PSC) é uma resina permutadora de catiões amplamente usado no tratamento da hipercaliemia associada à doença renal crónica, conduzindo a uma espoliação gastrointestinal de potássio. Apesar de relativamente raro, o PSC associa-se a risco de colite isquémica, estando descritos casos de hemorragia massiva, oclusão e perfuração intestinal.

**Objetivo:** Alertar para os efeitos adversos gastrointestinais do PSC.

**Resumo do caso:** Homem, 73 anos, autónomo, com múltiplas comorbilidades, incluindo a doença renal crónica de etiologia mista, estágio 5 sob hemodiálise. Medicado com furosemida, darbopoiatina, pantoprazol, AAS, clopidogrel, insulina, atorvastatina, alprazolam, carvedilol, paroxetina e brimonidina. Ciclos frequentes de PSC por hipercaliemia recorrente.

Recorre ao Serviço de Urgência por diarreia sanguinolenta com <24h de evolução. Sem outras queixas, nomeadamente febre ou dor abdominal. Exame objetivo sem alterações. Analiticamente apresenta hemograma sem alterações (Hb 13,7g/dL; leucócitos 7,4x10<sup>9</sup>/L), PCR 0,8mg/dL (N<0,5mg/dL) e LDH normal. Teve alta medicado com ciprofloxacina, com indicação para vigilância de sinais de alarme e realização de colonoscopia em ambulatório. O doente regressa 10 dias depois por manutenção das queixas e início de dor abdominal, com desconforto à palpação profunda da fossa ilíaca esquerda. Analiticamente, destaca-se queda do valor de Hb (13,7>11,1g/dL), com PCR 1,56mg/dL e LDH normal. Realiza retosigmoidoscopia após preparação retrógrada, com congestão e algumas erosões aos 25cm e dos 20cm até ao reto médio presença de úlcera longitudinal de fundo branco, de características inespecíficas. Efetuadas múltiplas biopsias. O estudo histológico mostrou necrose fibrinoleucocitária, destacando-se a presença de material acelular sugestivo de cristais de PSC. O doente suspendeu o PSC e intensificou hemodiálise, apresentando evolução favorável.

**Relevância:** A colite por PSC constitui uma entidade nosológica rara com complicações gastrointestinais potencialmente fatais. O mecanismo parece estar relacionado com a lesão direta da mucosa pelo depósito de cristais, especialmente em doentes com fatores de risco vascular. O PSC deve ser reservado para situações de hipercaliemia frequente sem possibilidade de intensificação da hemodiálise. A história clínica, achados analíticos e endoscópicos são inespecíficos, reforçando a necessidade de um elevado índice de suspeição aliado ao estudo histológico.



## CC39

**SLIPPING CLIP: RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE UMA COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA / SLIPPING CLIP: ENDOSCOPIC SOLUTION OF A SURGICAL COMPLICATION**

Cristiana Sequeira<sup>1</sup>, João Mangualde<sup>1,2</sup>, Fátima Augusto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar de Setúbal, Serviço de Gastrenterologia;

<sup>2</sup> Hospitalar da Luz de Setúbal, Serviço de Gastrenterologia

**Introdução:** Os cliques de laqueação (ex.: Hem-o-lok<sup>®</sup>) são amplamente utilizados na cirurgia colorretal, quer na obtenção de controlo hemostático, quer na laqueação de estruturas anatómicas, como o coto apendicular em apendicectomias por via laparoscópica. Quando corretamente aplicados são seguros, sendo que a sua migração para a parede do cólon é uma complicação muito rara, mas grave, exigindo frequentemente abordagem cirúrgica urgente.

**Objetivo:** Apresentação de um caso raro de migração/erosão de clip para a parede cólica após apendicectomia e respetiva resolução endoscópica.

**Resumo do caso:** Os autores relatam o caso de uma mulher de 61 anos, sem antecedentes relevantes, à exceção de apendicectomia via laparoscópica 4 anos antes, referenciada a consulta de Gastrenterologia por quadro de dor persistente na fossa ílica direita. Era portadora de TAC e RM abdomino-pélvica, que mostravam uma coleção líquida (26x20m) justa-cecal, sem espessamentos parietais intestinais patológicos, e colonoscopia, que revelou, no ascendente proximal, uma úlcera diminuta, com tecido de granulação e hemorragia em toalha, cuja histologia evidenciou apenas alterações inflamatórias inespecíficas. Face à persistência das queixas e para reavaliação da úlcera cólica, repetiu-se colonoscopia, que identificou, no ascendente proximal, um orifício através do qual fazia protusão um corpo estranho, verificando-se corresponder a um clip Hem-o-lok<sup>®</sup>. Foi feita extração do mesmo para o lúmen do cólon, com recurso a pinça de corpos estranhos. Não foram registadas complicações imediatas e ocorreu total resolução do quadro clínico.

**Relevância:** Os cliques são estruturas não absorvíveis, que podem originar reações de corpo estranho e consequentemente levar à formação de granulomas e/ou abscessos, podendo raramente ocorrer a sua migração

para estruturas adjacentes. Os autores destacam o caso pela sua raridade, existindo apenas 2 casos descritos na literatura de migração de cliques para o cólon. Realça-se ainda o caso por ter sido possível a sua remoção endoscópica de forma segura, pouco invasiva e eficaz.

## CC40

**COLITE A CITOMEGALOVIRUS EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO / CYTOMEGALOVIRUS COLITIS IN AN IMMUNOCOMPETENT PATIENT: A DIAGNOSTIC CHALLENGE**

Cristiana Sequeira, Inês Costa Santos, Mariana Coelho, Eduardo Dantas, Cristina Teixeira, Élia Gamito, Ana Paula Oliveira

Centro Hospitalar de Setúbal, Serviço de Gastrenterologia

**Introdução:** A colite a citomegalovirus (CMV) em doentes imunocompetentes é rara e ocorre habitualmente em indivíduos mais velhos e com mais co-morbilidades, decorrente da redução da imunidade humoral e celular.

**Objetivo:** Ilustrar a abordagem diagnóstica da colite a CMV em doente imunocompetente e o subsequente diagnóstico de doença inflamatória intestinal (DII).

**Resumo do caso:** Os autores relatam o caso de um homem de 60 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que se apresentou com quadro de diarreia, hematoquízias, tenesmo e urgência defecatória com semanas de evolução. Para esclarecimento realizou colonoscopia com ileoscopia que revelou mucosa hiperemiada, friável e ulcerada desde a transição anorretal até aos 22 cm da margem anal. A histologia sugeriu etiologia infecciosa e excluiu CMV. Analiticamente destacava-se anemia (Hb 9,2 g/dL), trombocitose (276 000/ul), VS 102 mm/1h e proteína C-reativa 14,97 mg/dL. Prosseguiu-se a investigação com a exclusão de infeção VIH e realização de coproculturas que se revelaram negativas. A pesquisa de toxina Clostridium difficile e dos antígenos da Giardia lamblia, do Cryptosporidium parvum e da Entamoeba histolytica foi negativa. Também foi excluída tuberculose intestinal através da pesquisa de BAAR e DNA Mycobacterium tuberculosis nas biópsias intestinais. O doente foi medicado com antibioterapia empírica e messalazina oral e tópica sem melhoria pelo que repetiu avaliação

endoscópica mantendo eritema e friabilidade até aos 8 cm da margem anal e ulceração circunferencial dos 8 aos 22 cm. O exame anatomopatológico confirmou colite a CMV pelo que foi iniciada terapêutica antiviral com melhoria clínica progressiva, mas com manutenção de queixas de tenesmo. Na reavaliação endoscópica 1 mês após, apesar de evidente melhoria, ainda apresentava eritema, friabilidade e algumas ulcerações superficiais na extensão previamente descrita. O exame histopatológico sugeriu achados compatíveis com colite ulcerosa em fase ativa e foi excluída infecção CMV. Após início de messalazina oral, tópica e azatioprina o doente apresentou remissão clínica.

**Relevância:** Os autores destacam o caso pela raridade de ocorrência de colite a CMV num doente imunocompetente. Este caso ilustra a possibilidade de diagnóstico inaugural de colite ulcerosa após colite infecciosa a CMV, refletindo assim a associação fisiopatológica entre ambas as entidades. Apresenta-se iconografia ilustrativa com aspetos endoscópicos exuberantes.

### CC42

#### **INFECÇÃO HIV CONTROLADA: O HPV CONTINUA A SER UM PROBLEMA?**

Pereira B, Meira T, Pires S, Morgado S, Cruz J, Borralho P, Gorjão R

*CUF Descobertas*

**Introdução:** Apesar do carcinoma anal (CA) ser uma neoplasia rara, a sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas, particularmente em determinados grupos de risco. A infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) pode originar lesões intraepiteliais anais (LIEA), precursoras do CA. Crescente evidência científica suporta estratégias de rastreio dessas lesões em alguns grupos, com destaque para os indivíduos com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). A anuscopia de alta resolução (AAR) tem-se afirmado como método de eleição no rastreio e tratamento das LIEA, desempenhando um papel potencialmente importante no seguimento da população com infecção VIH.

**Objetivo:** Salientar o papel da AAR no rastreio de lesões precursoras do carcinoma anal, bem como a importância da manutenção de estratégia de vigilância em

populações de risco, particularmente indivíduos com infecção a VIH.

**Resumo do caso:** Homem, 48 anos, infecção HIV desde 1997, sob tratamento antirretroviral, com carga viral indetectável e contagem CD4 > 1000. História de relações anais receptivas e condilomas anais excisados cirurgicamente, com diagnóstico de LIEA de alto grau na peça operatória. Foi referenciado à consulta de Proctologia em Março 2017 para reavaliação e vigilância. À observação destacava-se apenas área cicatricial na vertente perianal posterior. A citologia anal foi negativa e a genotipagem revelou HPV de alto risco (53). Realizou AAR que identificou 2 áreas com alterações suspeitas, cujas biópsias não revelaram displasia. Repetiu AAR decorrido um ano, sem alterações relevantes, e novamente em Março 2019. Não foram detectadas alterações relevantes no canal anal, identificando-se, contudo, lesão acetobranca irregular na margem anal posterior-direita, cujas biópsias revelaram LIEA de alto grau, subsequentemente sujeita a tratamento ablativo com argonplasma. A AAR de controlo aos 6 meses não apresentou alterações relevantes. Contudo, um ano depois (18 meses após o tratamento), verificou-se recidiva de LIEA de alto grau, novamente submetida a ablação com argon. Mantém estratégia de vigilância.

**Relevância / conclusão:** A AAR desempenha um papel fundamental no diagnóstico, tratamento e seguimento das LIEA associadas ao HPV, destacando-se como exame fundamental no rastreio em populações de risco acrescido, como os indivíduos infectados pelo VIH. A terapêutica antirretroviral eficaz não anula esse risco, pelo que a estratégia de rastreio deverá ser mantida em todos os casos.

### CC46

#### **COGUMELO MÁGICO: NEM TUDO O QUE PARECE É / MAGIC MUSHROOM: ALL IS NOT AS IT SEEMS**

Bárbara Neto Castro, Ana Rita Ferreira, David Afonso João, Raquel Prata Saraiva, Sílvia Dantas Costa, Susana Graça, Bela Pereira, Manuel Oliveira

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** O carcinoma epidermoide do canal anal é relativamente incomum. O seu tratamento implica uma terapia multimodal com quimiorradioterapia e, se neces-

sário, cirurgia. Os efeitos adversos da radioterapia (RT) são classificados como agudos ou tardios, e estes últimos são causados por lesão microvascular ou depleção de células diferenciadas.

**Objetivo:** Reportar um caso clínico de uma complicação tardia e pouco usual relacionada com a RT.

**Resumo do caso:** Homem, 73 anos, com antecedentes de carcinoma epidermoide do canal anal, submetido a colostomia derivativa, quimioterapia (cisplatina+5-FU) e RT em 2010, com remissão completa e sem evidência de recidiva durante o *follow-up*. Recorreu ao SU por febre e lesão volumosa vegetante perianal com necrose, com 2 meses de evolução. A TC revelou uma lesão vegetante na face póstero-medial da raiz da coxa esquerda com cerca de 8 cm de maior eixo. Analiticamente elevação da PCR (20,83 mg/dL). Assumida suspeita de recidiva local. O doente foi internado, cumpriu ciclo de antibioterapia empírica e foi realizada biópsia. A RMN mostrou volumosa lesão polipoide com 8x4,5x6,3cm em topografia perineal, com origem nos planos cutâneos da vertente mais proximal da face póstero-medial da coxa esquerda. A biópsia da lesão não objetivou malignidade, observando-se lesão fibrovascular constituída por proliferação de miofibroblastos e vasos de pequeno calibre, identificando-se erosão e ulceração à superfície e infiltrado inflamatório linfoplasmocitário. TC-TAP sem alterações. O doente foi submetido a exérese da lesão, apresentou evolução favorável e teve alta no 1º dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico confirmou os achados da biópsia, concluindo que a lesão teve origem em alterações reativas e inflamatórias secundárias à radioterapia.

**Relevância:** A toxicidade aguda à RT é reportada com frequências variáveis e parece depender do tempo total de tratamento. As complicações tardias são reportadas em 6-14% dos doentes e parecem estar mais relacionadas com a dose por fração de radiação. A complicação tardia identificada, neste caso clínico, favorece a hipótese que os efeitos tardios da RT resultam de dano ao tecido conjuntivo e vascular. Este caso relata um evento raro e relembra a importância de uma avaliação cuidadosa do tratamento escolhido pois as nossas armas terapêuticas não são inócuas. Felizmente, nem tudo o que parece é,

e o que se apresentou como uma suspeita de recidiva veio a revelar-se uma lesão reativa benigna.

#### CC47

#### UM SUBTIPO RARO DE NEOPLASIA DO CANAL ANAL / A RARE SUBTYPE OF ANAL CANCER

Inês Costa Santos, Mariana Coelho, Cristiana Sequeira, Eduardo Dantas, Élia Gamito, Cláudio Martins, Ana Paula Oliveira

*Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal*

**Introdução:** As neoplasias do canal anal são raras, correspondendo a 2,4% dos tumores gastrointestinais, sendo o tipo histológico mais comum o carcinoma pavimentocelular.

**Objetivo:** Alertar para um subtipo histológico raro de neoplasia do canal anal e de difícil diagnóstico.

**Resumo do caso:** Os autores relatam o caso de um homem de 70 anos, que recorre ao SU por quadro com 4 meses de evolução de proctalgia, tumefação perianal e hematoquézias de sangue vivo.

Ao exame proctológico palpava-se tumefação de consistência dura, dolorosa e friável, que se estendia ao longo do quadrante posterior de todo o canal anal até ao reto baixo. A retossigmoidoscopia realizada não revelou outras alterações. Foram efetuadas biopsias da lesão, negativas para atipia ou displasia.

Dada a elevada suspeição clínica, repetiram-se biopsias em zona de ulceração mais profunda de lesão, tendo a histologia revelado perfil imunohistoquímico compatível com adenocarcinoma das glândulas do canal anal (CK7+, CK20-). A RM pélvica revelou envolvimento de todo o canal anal, com presença de implantes mesorretais e invasão venosa extramural. A TC de estadiamento identificou lesão nodular hepática única, configurando cT4aN1M1 em doente com Performance Status ECOG 0, tendo sido proposto para quimioterapia com capecitabina e oxaliplatina e radioterapia local concomitante. O doente apresentou boa resposta à radioterapia, com diminuição do tumor primário e melhoria substancial das queixas proctológicas, encontrando-se a aguardar realização de controlo imagiológico.

**Relevância:** Os autores pretendem alertar para um subtipo histológico raro de neoplasia do canal anal, cor-

respondendo apenas a 5% dos casos, tratando-se de um adenocarcinoma com elevado potencial de progressão local e metastização à distância. Para além da sintomatologia inicial inespecífica, o seu diagnóstico histológico é também dificultado pela ausência de displasia da mucosa (dado que estas glândulas se localizam na submucosa), o que reforça a necessidade de existência de uma elevada suspeição clínica, com repetição de biopsias até confirmação diagnóstica.

### CC48

#### **PSEUDOPOLIPOSE INFLAMATÓRIA COMO CAUSA DE HIPOALBUMINEMIA GRAVE / INFLAMMATORY POLYPOSIS AS A CAUSE OF SEVERE HYPOALBUMINEMIA**

João Estorninho, Raquel Pimentel, Catarina Correia, Sandra Lopes, António Manso, Luís Semedo, Manuela Ferreira, Francisco Portela, Pedro Figueiredo

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A enteropatia perdedora de proteínas (EPP) é uma condição gastrointestinal que pode ocorrer na doença inflamatória intestinal (DII). A pseudopolipose na colite ulcerosa (CU) pode contribuir para a EPP ao aumentar a área de superfície da mucosa e o turnover celular.

**Objetivo:** Destacar a EPP como uma condição infrequentemente associada à CU.

**Resumo do caso:** Homem, 43 anos, com antecedentes de CU esquerda com 10 anos de evolução. Medicado inicialmente com 5-ASA, abandonou seguimento e terapêutica em 2013, apresentando-se na altura em remissão clínica, endoscópica e histológica. Manteve-se assintomático até 09/2019, altura em que recorre ao Serviço de Urgência (SU) e reinicia 5-ASA.

Em 08/2020, recorre ao SU por edemas dos membros inferiores (MI) com 2 meses de evolução. Mencionava 6 dejeções líquidas/dia, sem sangue ou muco. Ao exame objetivo, de referir edema marcado simétrico dos MI e do escroto. Analiticamente, apresenta albumina 1,8g/dL e Hb 11g/dL. Internado para estabilização e estudo complementar. Excluídas patologias renal, cardíaca, hepática, tiroideia ou do intestino delgado que justificassem a hipoalbuminemia. Iniciou albumina endovenosa, com

resolução da hipoalbuminemia e dos edemas.

A colonoscopia mostrou pseudopolipose exuberante, sem alterações do reto. As biópsias revelaram colite crónica com atividade ligeira, sem displasia.

Realizou angiografia e enteróclise por TC, destacando-se espessamento parietal e hipervascularização de praticamente todo o cólon.

Discutido em reunião multidisciplinar, foram propostas colectomia total com anastomose ileorectal *versus* início de terapêutica biológica. O doente manifestou vontade de iniciar terapêutica com Infliximab, que começou em 10/2020. Apesar da não recorrência dos edemas, o doente recorreu ao SU por episódios de dor abdominal intensa na fossa ilíaca esquerda. A ecografia mostrou espessamento do cólon esquerdo com marcada vascularização no estudo doppler tendo a retossigmoidoscopia evidenciado vários pseudopólipos de aspeto necrótico. Ocorreu queda da albumina (3,8 > 2,6g/dL), tendo o doente sido proposto para cirurgia.

**Relevância:** A EPP na DII constitui uma entidade de abordagem complexa cujo pilar assenta no controlo da inflamação. A terapêutica com imunossuppressores tem sido descrita, embora a persistência de inflamação subclínica possa condicionar perda massiva de proteínas. A EPP pode ser extremamente debilitante, podendo constituir, por si só, uma indicação para colectomia total.

### CC49

#### **ABORDAGEM DA PROCTALGIA CRÓNICA NEUROPÁTICA COM TOXINA BOTULÍNICA / A CASE OF NEUROPATHIC CHRONIC PROCTALGIA TREATED WITH BOTULINUM TOXIN INJECTION**

Maria Azevedo Silva, Carina Leal, André Ruge, Sandra Barbeiro, Alexandra Fernandes, Simão Serrano, Helena Vasconcelos

*Centro Hospitalar de Leiria*

**Introdução/Objetivo:** A manipulação cirúrgica da coluna lombar pode condicionar queixas neuropáticas crónicas, incluindo proctalgia, nomeadamente se complicada de síndrome da cauda equina (SCE). A injeção anal de toxina botulínica (ITB) mostrou resultados no alívio da proctalgia crónica noutros contextos. Apresenta-se um caso de manejo de proctalgia neuropática com ITB.

**Resumo do caso:** Mulher de 51 anos referenciada à consulta de Gastrenterologia em 12/2015 por obstipação crónica, agravada após excisão cirúrgica de *Schwannoma* da coluna lombar, em 10/2015, complicada de SCE, com necessidade de reintervenção para drenagem de hematoma da loca cirúrgica. À obstipação associaram-se proctalgia intensa, tenesmo fecal, parestesias na região perineal e membros inferiores, tenesmo miccional e dispareunia. Sem alterações na observação perianal. Apresentava colonoscopia total do ano anterior, sem alterações. A doente foi medicada com terapêutica laxante, com melhoria da obstipação. Foi referenciada à consulta da Dor e de Fisiatria, tendo sido medicada com gabapentina, com melhoria parcial e transitória das queixas, posteriormente associada a venlafaxina. Realizou RMN da coluna lombo-sagrada, que mostrou espessamento dos tecidos moles posteriores à área interencionada, e ecoendoscopia anorrectal, sem alterações. Repetiu colonoscopia, também normal. Foi submetida a múltiplas intervenções, incluindo bloqueios epidurais, infiltrações do gânglio simpático ímpar, hidrocinesioterapia, musicoterapia, acupuntura, biofeedback e outras técnicas de reeducação do pavimento pélvico, com alívio muito transitório das queixas. Manteve proctalgia intensa, incapacitante, com necessidades crescentes de gabapentina e de terapêutica de resgate com analgésicos opioides. Optou-se por prova terapêutica com ITB, com alívio franco da proctalgia. Por recidiva da sintomatologia, repetiu ITB 6 meses depois, com excelente resposta. Mantém controlo sintomatológico com a realização de ITB e de bloqueio do nervo pudendo direito em intervalos de 3-6 meses.

**Relevância:** Apresenta-se este caso pela raridade e exuberância da apresentação clínica e pelo desafio no manejo da proctalgia de origem neuropática. Destaca-se a importância de uma abordagem multidisciplinar para o sucesso terapêutico, integrando terapêutica farmacológica e não farmacológica com a utilização combinada de ITB e bloqueio do nervo pudendo.

## CC50

### USTECINUMAB COMO SOLUÇÃO APÓS FALÊNCIA DAS MÚLTIPLAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA A COLITE ULCEROSA / USTEKINUMAB AS A SOLUTION AFTER FAILURE OF MULTIPLE THERAPEUTIC OPTIONS FOR ULCERATIVE COLITIS

Rita Saraiva, Sara Santos, Verónica Borges, Carlos Bernardes, Diana Carvalho, Joana Saiote, Jaime Ramos

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central*

**Introdução:** O objectivo na terapêutica da colite ulcerosa (CU) é atingir a remissão livre de corticoides e, eventualmente, a cicatrização da mucosa. Verificando-se falência de várias linhas terapêuticas, estabelece-se diagnóstico de CU crónica refractária (CUCR). O ustecinumab (UST) foi aprovado para o tratamento de CU moderada a grave, constituindo uma alternativa viável.

**Objectivo:** Apresentação de um caso ilustrativo de CUCR e desafios terapêuticos associados.

**Resumo do caso:** Homem, 45 anos, não fumador, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, com CU esquerda diagnosticada em 2005 e medicada com 5-ASA. Em 2017 por agudização iniciou adalimumab. Agravamento progressivo e ao final de 15 dias é internado com >10 dejectões/dia líquidas com sangue, aumento dos parâmetros inflamatórios e score endoscópico Mayo (SEM) 3. Admitiu-se quadro infeccioso e iniciou-se anti-bioterapia no hospital da área de residência. Por manutenção de sintomatologia após alta, foi encaminhado ao nosso centro. Iniciou metilprednisolona seguida de terapêutica combinada com azatioprina e infliximab com remissão clínica. Alta assintomático com prednisolona 40 mg/dia. Recorrência sintomática durante o desmame de corticoterapia, obrigando a redução do intervalo de administração de infliximab (4/4 semanas). Em Janeiro/2018 encontrava-se assintomático mantendo prednisolona 20 mg/dia. Por corticodependência e actividade endoscópica grave efectuou-se swap para vedolizumab. Manteve corticodependência, níveis elevados de calprotectina e SEM 3. Optimizou-se terapêutica com vedolizumab (4/4 semanas). Agudização em março/2019 com 8 dejectões/dia líquidas com sangue. Reposta parcial a metilprednisolona. Iniciou tacrolimus não sendo

possível titulação de dose por neurotoxicidade. Remissão clínica livre de corticoterapia mas com SEM 3. Suspensão de tacrolimus e início de tofacitinib em Julho/2019. Desenvolvimento de corticodependência, com SEM 3, com manutenção da dose de 10 mg à 16ª semana. Após discussão com o doente, avaliando os riscos e benefícios de terapêutica médica *versus* cirúrgica, optou-se por iniciar UST em abril/2020 verificando-se remissão clínica, laboratorial e endoscópica.

**Relevância:** O UST surge como uma alternativa, com potencial de indução de remissão livre de corticóides e cicatrização da mucosa, mesmo após falência das restantes opções terapêuticas.

### CC51

#### LINFOMA ANAL EM DOENTE COM HIDRADENITE SUPURATIVA

Rita Saraiva, Inês Canha, Verónica Gamelas, Guilherme Simões, Margarida Santos, Paula Santos, Rafaela Loureiro, Jaime Ramos

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central*

**Introdução:** O risco de linfoma é superior em doentes com doenças inflamatórias crónicas comparativamente à população geral. Recentemente, a relação entre Hidradenite Supurativa (HS) e neoplasia tem sido alvo de interesse e investigação.

**Objectivo:** Apresentação do caso de um doente com HS perianal e linfoma do canal anal, acompanhado de extensa iconografia.

**Resumo do caso:** Homem, 72 anos, com HS perianal com 30 anos de evolução. Submetido a múltiplas terapêuticas, nomeadamente ciclos repetidos de antibioterapia, drenagem percutânea de abscessos e 3 intervenções cirúrgicas, a última das quais uma fistulotomia. Em 2016 iniciou terapêutica combinada com metotrexato e infliximab que manteve durante 4 anos. Em 2020 desenvolve quadro com 3 meses de evolução de proctalgia intensa e exsudação perianal purulenta acompanhado por febre na última semana, refractário a antibioterapia oral e endovenosa. Hemoculturas, coproculturas, pesquisa de ovos, quistos e parasitas negativas. Serologias CMV e EBV compatíveis com infecção pregressa. Ressonância magnética pélvica com espessamento difuso do recto,

ulcerações profundas no recto baixo, uma das quais com extensão à base do pénis, e dois trajectos fistulosos interesfincterianos. Colonoscopia total revelou extensa ulceração circunferencial envolvendo todo o canal anal e 3 cm distais do recto, com formações pseudopolipóides e várias depressões e seios, alguns com drenagem de pus em provável relação com orifícios de fístulas. Exame histológico identificou linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) EBV-positivo (CD20+, BCL6+, MUM1+, BCL2+, CD10-, CD3-, AE1/AE3-, S100-; Ki67 50%). Não foi identificado envolvimento nodal ou à distância, incluindo no mielograma, biópsia óssea e TC toraco-abdomino-pélvico. Em discussão multidisciplinar, foi decidida a realização de colostomia definitiva e quimioterapia com R-CHOP.

**Relevância:** A ativação persistente do sistema imuno-lógico e a inflamação crónica que caracterizam a HS poderão estar na base do desenvolvimento de doenças linfoproliferativas. Desconhece-se a contribuição da terapêutica imunossupressora em doentes com esta entidade. Este caso demonstra que o linfoma poderá desenvolver-se na HS em remissão clínica e que a perda de resposta terapêutica poderá ser um indicador da sua ocorrência.

### CC52

#### VÓLVULO INTESTINAL – ABORDAGEM CONSERVADORA OU CIRÚRGICA? / INTESTINAL VOLVULUS – CONSERVATIVE OR SURGICAL APPROACH?

Rita Lourenço

Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães

Os locais mais comuns de vólvulo intestinal são o cego e o cólon sigmóide.

O vólvulo do cólon sigmóide é relativamente incomum, sendo mais frequente em homens por volta dos 70 anos. Existem vários factores de risco, nomeadamente, um cólon sigmóide longo e redundante, obstipação crónica e dismotilidade do cólon.

O caso clínico refere-se a um doente de 64 anos, totalmente dependente, trazido ao Serviço de Urgência por distensão abdominal franca com 8 dias de evolução e dejeções em pequena quantidade. O Rx abdominal

revelou distensão marcada do cólon com suspeita de vólculo do cólon sigmóide e a TAC não revelou complicações associadas.

Foi realizada desrotação endoscópica no mesmo dia. Por recorrência do vólculo, foi submetido a Operação de Hartmann, com boa evolução no pós-operatório, com tolerância à dieta instituída de forma gradual e trânsito reestabelecido.

Dependendo da presença ou ausência de sinais de alarme (sinais de irritação peritoneal ou suspeita de perfuração no exame de imagem), o tratamento do vólculo do cólon sigmóide poderá ser conservador, ou seja, através de desrotação endoscópica, ou cirúrgico através de colectomia total com ileostomia ou colectomia segmentar do cólon sigmóide com anastomose primária ou Operação de Hartmann.

O tratamento conservador por via endoscópica apesar da alta taxa de sucesso, tem, também, alta taxa de recorrência podendo atingir os 84%. Portanto, perante um vólculo recorrente, dever-se-à optar por tratamento cirúrgico.

### CC53

#### UM CAMINHO IMPROVÁVEL: MIGRAÇÃO DE PRÓTESE INGUINAL / AN UNLIKELY PATH: HERNIA MESH MIGRATION.

Ana Rita Ferreira, Raquel Saraiva, Bárbara Castro, Sílvia Costa, Bela Pereira, João Cardoso, Sílvio Vale, Rolando Pinho, Manuel Oliveira

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** A hérnia inguinal é uma patologia com elevada prevalência e, atualmente, a sua correção cirúrgica com prótese é o *gold-standard*.

Infeção local e dor crónica são complicações bem conhecidas. Por outro lado, complicações mais graves, como migração da prótese ou perfuração de órgãos adjacentes, são raramente relatadas e podem apresentar sintomas em diferentes intervalos de tempo após a intervenção. Na literatura estão descritos casos de migração de prótese para o intestino delgado, cego, cólon sigmóide e bexiga.

**Objectivo:** Reportar um caso clínico de migração de prótese de correção de hérnia inguinal para o coto rectal,

em doente com antecedentes de Ressecção Anterior do Recto (RAR) com colostomia.

**Resumo do caso:** Doente do sexo masculino, 81 anos, é encaminhado para consulta de Cirurgia Geral por ter sido observado, em rectoscopia, material cirúrgico, no coto rectal aos 10 centímetros da margem anal. Este tinha sido submetido a RAR em 2001 por neoplasia, complicada de deiscência da anastomose, com necessidade de re-intervenção, com confecção de colostomia terminal e encerramento do coto rectal. Para além disso, o doente relatou correcção cirúrgica de hérnia inguinal direita com prótese, há cerca de 10 anos.

Dezanove anos depois, o doente notou saída de conteúdo mucopurulento pelo recto, o qual foi também observado no toque rectal, com identificação de zona de fibrose e um corpo estranho sugestivo de material protésico.

Atendendo aos dados referidos e pela impossibilidade de remoção endoscópica, o doente foi submetido a intervenção, por via trans-anal (uso de Gelpoint® Path), para extracção de prótese plana de polipropileno.

Teve alta ao 1º dia de pós-operatório sem intercorrências, sendo posteriormente observado na consulta, cerca de um mês após a intervenção, sem queixas e tendo tido alta.

**Relevância:** O uso de próteses implica um processo inflamatório, que poderá propagar-se até as estruturas viscerais e provocar, inicialmente, aderências que mais tarde evoluirão com erosão das paredes viscerais e fistulização.

A incidência exacta de erosão e migração de prótese ainda não é conhecida, sendo pouco descrita na literatura, tendo este caso tido particular relevância pelo extenso trajecto de migração realizado.

### CC54

#### EXENTERAÇÃO PÉLVICA COM SACRECTOMIA POR ADENOCARCINOMA DO RECTO – APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paula Azevedo, Ricardo Rocha, Rita Camarinho, António Soares, Wilson Teixeira, Sérgio Livraghi, Carla Carneiro, Vítor Nunes

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*

**Objectivos / introdução:** A primeira grande coorte de ressecções multiviscerais de cancro colorrectal avançado foi publicada em 1946.

A recidiva local do cancro do recto ocorre em cerca de 6–17% dos casos após a ressecção primária com intuito curativo. Vários tratamentos para a recidiva local do cancro do recto têm sido realizados isoladamente ou com terapia combinada multimodal. No entanto, é geralmente aceite que o único tratamento potencialmente curativo neste contexto é a cirurgia de ressecção completa R0.

**Caso clínico:** Masculino, 72 anos de idade, com antecedentes de adenocarcinoma (ADC) do recto alto, submetido a recessão anterior do recto alto (RAR) em 2011. A anatomia patológica estadiou o tumor como pT2N0M0 e confirmou que a recessão do tumor obteve margens livres, R0.

Em novembro de 2018 iniciou queixas de tenesmo, falsas vontades, perda ponderal e hematoquésia esporádica. Realizou colonoscopia total que demonstrou lesão vegetante, friável de 2cm, suspeita de recidiva a nível da anastomose colorrectal. A anatomia patológica das biópsias foi compatível com ADC de baixo grau. A tomografia axial computadorizada (Tc) toraco-abdomino-pélvica destacou invasão do sacro. A ressonância magnética (RNM) abdominal e pélvica confirmou extensa e volumosa recidiva tumoral do recto com envolvimento do sacro a nível de S3 e S4 e do músculo piriforme direito, com invasão venosa peri-rectal, adenopatias peri-rectais, pré-sagradas. Discutido o caso em reunião multidisciplinar (RMD), propôs-se a realização de terapêutica multimodal com quimiorradioterapia e cirurgia exenterativa. Foi re-estadiado após conclusão da neoadjuvância, e re-discutido em RMD e com neurocirurgia, optando-se pela cirurgia de exenteração pélvica em bloco com sacrectomia.

**Discussão:** A cirurgia exenterativa pélvica é uma cirurgia

complexa devendo ser discutida em sede multidisciplinar e deve ser realizada por uma equipa cirúrgica experiente. O local mais comum de ressecção óssea combinada por cancro colorrectal é o sacro distal.

Admite-se esta indicação cirúrgica, de modo mais consensual nos casos em que a lesão esteja limitada ao sacro e algumas metástases hepáticas passíveis de ressecção R0.

A sacrectomia distal, permite a preservação da continuidade da articulação sacroilíaca e das raízes responsáveis pela locomoção. Uma vez que não resulta em instabilidade sacroilíaca não necessita de reconstrução, sendo contudo importante assegurar um programa de reabilitação motora precoce.

### CC55

#### MASSA PÉLVICA PARA-RECTAL COMPRESSIVA / PELVIC MASS, AN UNUSUAL PRESENTATION

Rita Lourenço

*Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães*

As massas pélicas podem ser de etiologia ginecológica (quistos do ovário, alterações relacionadas com a gravidez, lesões inflamatórias ou infecciosas, neoplasia benignas ou malignas) ou não ginecológica (doença metastática, abscesso pélvico ou massa do tracto urinário). O caso clínico relata o caso de uma jovem de 45 anos, que recorreu à consulta de Cirurgia por sintomas de compressão pélvica e com TAC a revelar massa na fossa isquio-anal esquerda suspeita de processo neoplásico. Para estudo etiológico, realizou uma RMN pélvica que demonstrou volumosa lesão extraperitoneal de natureza lipomatosa, de 16 x 7,6 x 9,8 cm.

Foi submetida a exérese da neoformação por via laparotómica e com apoio de compressão manual da nádega esquerda. A evolução no internamento decorreu sem intercorrências.

O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de um lipoma (450g e 19cm de maior dimensão).

O presente caso serve para lembrar causas mais raras de massa pélvica/sintomas de compressão pélvica e suas possíveis abordagens.



## CC57

**LACERAÇÃO ANAL: QUE ABORDAGEM / ANORECTAL TRAUMA: MANAGEMENT OVERVIEW**

Manuel Teixeira, Inês Pestana

*Unidade Local de Saúde de Castelo Branco*

Doente do sexo masculino, 33 anos, saudável, que recorre ao SU por lesão anorretal "após dejeção com fezes duras" (sic). À observação, lesão corto-contusa às 5-6h (posição genupeitoral) do ânus e canal anal, com aparente laceração dos esfíncteres interno e externo e perda de tonicidade esfíncteriana ao toque retal. Radiografia do abdómen sem alterações. Foi encaminhado para o bloco operatório para exame proctológico sob anestesia, onde se constatou lesão traumática limitada ao canal anal e ânus com laceração dos esfíncteres interno e externo às 12h (posição litotomia). Identificados os topos dos esfíncteres interno e externo e realizada esfínteroplastia com sobreposição dos mesmos. Sutura da laceração da mucosa do canal anal e realizado penso com pomada de iodopovidona.

Realizadas lavagens diárias do canal anal com soro fisiológico + iodopovidona.

Ao 14º dia pós-op realizou ecografia endocavitária anorretal, que revelou defeitos no quadrante lateral direito e no quadrante anterior ao nível do esfíncter anal interno, além de defeito nas componentes superficial e subcutânea do esfíncter anal externo.

Durante internamento, evolução cicatricial favorável, com recuperação gradual da tonicidade e capacidade de contração esfíncteriana voluntária.

Ao 32ª dia pós-op, realizou nova ecografia endocavitária anorretal, que revelou defeitos esfíncterianos com ecomorfologia sobreponível ao exame anterior e cicatriz pós-op do canal anal com melhor definição e menores dimensões.

Atualmente refere continência para gases e fezes, mantendo apenas dificuldade na continência de gases com esforços. À última observação, complexo esfíncteriano de tonicidade normal, aparentemente com cicatrização completa ao toque. Rectoscopia sem lesões da mucosa. Sem limitação das AVDs.

Lesões contusas e penetrantes anorretais são raras, e existe debate quanto ao seu tratamento. Embora as le-

sões retais intraperitoneais possam ser tratadas de forma semelhante às lesões do cólon, as opções de tratamento para lesões extraperitoneais incluem desvio fecal com ostomia, drenagem pré-sacral, reparação do defeito retal e lavagem retal distal. Lesões perineais que resultam em rutura do esfíncter anal em geral associam-se a lesões graves. Lesões extensas geralmente requerem desvio e reconstrução do esfíncter.

Apresentamos este caso por entendermos que é relevante a discussão sobre qual a abordagem cirúrgica a seguir, nomeadamente a necessidade de desvio fecal, dadas as implicações na qualidade de vida.

## CC58

**PESCARIA DO DIA / CATCH OF THE DAY**

Luísa Martins Figueiredo, David Horta, Alexandra Martins

*Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*

**Introdução e objetivos:** As hemorroidas internas são estruturas vasculares fisiológicas que se localizam acima da linha pectínea. Quando associadas a doença hemorroidária, as queixas mais comuns são a hemorragia durante a ato defecatório, prurido, prolapso ou escorrência. Os sintomas resultantes da doença hemorroidária são uma das causas mais frequentes de consulta em proctologia e têm um impacto considerável na qualidade de vida dos doentes. A laqueação elástica é uma das terapêuticas instrumentais mais realizadas nos casos sintomáticos.

**Caso:** Descreve-se o caso de um homem de 59 anos com antecedentes de prolapso hemorroidário com vários anos de evolução, normalmente em relação com o ato defecatório e com redução espontânea. Recorreu a consulta de Gastrenterologia por agravamento das queixas, com prurido e ardor peri-anal. Realizou colonoscopia total que não mostrou lesões do cólon e reto, confirmando o diagnóstico de hemorroidas internas congestivas. O doente foi proposto para terapêutica instrumental depois de curso de terapêutica médica com flavonóides. Por ausência de melhoria das queixas, e após pesquisa na internet acerca de laqueação hemorrodária, o doente auto-laqueou o prolapso no seu próprio domicílio, com um fio de pesca, após esforço defecatório para permitir a exteriorização do pedículo hemorroidário. Recorreu a

consulta de Proctologia por quadro de proctalgia e retorragias com quatro dias de evolução, cerca de 10 dias após a auto-laqueação. A anuscopia revelou um pedículo hemorroidário congestivo e isquemiado, laqueado com um fio tenso e apertado, sem presença de sangue e sem despertar dor à observação. Após dois dias da observação, realizou retossigmoidoscopia que confirmou os achados do exame proctológico, tendo-se decidido remover o fio com o auxílio de pinça de biopsia. Por não ser possível reconhecer com certeza as estruturas envolvidas na laqueação, optou-se por encaminhar o doente para consulta de cirurgia, que decidiu a resolução do caso por abordagem cirúrgica, que o doente aguarda.

**Relevância do caso:** Este é um caso inédito de um doente que auto-laqueou o prolapso hemorroidário, sem complicações imediatas, não estando descritos outros casos na literatura. Este trabalho faz-se acompanhar de iconografia respetiva.

### CC59

#### **COLITE ISQUÉMICA – UMA ENTIDADE PLEOMÓRFICA / ISCHEMIC COLITIS – A PLEOMORPHIC ENTITY**

Maria Inês Canha, Guilherme Simões, Verónica Gamelas, Rita Saraiva, Sara Mendez Santos, Maria João Bettencourt

*Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, EPE, Lisboa*

**Introdução:** A colite isquémica tem uma apresentação aguda em 16-24% dos casos de urgência. É mais frequente em doentes com mais de 65 anos e, embora haja múltiplos fatores predisponentes, pode não ser possível identificá-los. A sintomatologia é variável e depende da localização e extensão da isquemia.

**Objetivo:** Descrevemos um caso atípico na apresentação, localização e achados da colonoscopia.

**Resumo:** Doente do sexo feminino com 59 anos encaminhada para consulta de Gastrenterologia por quadro com duas semanas de evolução de dor abdominal periumbilical tipo moinha, sem irradiação, predominantemente diurna e sem relação com as refeições ou refeições, acompanhada de hematoquécia ocasional. Sem febre, perda ponderal ou outra sintomatologia gastrointestinal. Antecedentes de hipotireoidismo me-

dicado com levotiroxina, sem história familiar de relevo ou exames endoscópicos prévios. À observação, doente hemodinamicamente estável, mucosas coradas e hidratadas e palpação abdominal com ligeira dor no flanco direito sem defesa.

Realizou colonoscopia total, constatando-se no colon ascendente proximal lesão vegetante, polipoide e ulcerada de 25mm a abranger um quarto da circunferência luminal (apresenta-se iconografia). Realizadas múltiplas biópsias e tatuagem a jusante. A histologia revelou inflamação ligeira mononuclear, hialinização, edema, congestão vascular e focos de hemorragia da lâmina própria, achados compatíveis com colite isquémica, sem células neoplásicas.

Analiticamente sem anemia, elevação de parâmetros inflamatórios ou alterações associadas a trombofilias hereditárias.

Medicada com ciprofloxacina e metronidazol com melhora clínica. Realizada posteriormente TC abdomino-pélvica com contraste, sem lesões no colon ou noutra topografia. Repetida colonoscopia 3 meses depois, constatando-se tatuagem realizada em exame prévio com mucosa adjacente sem quaisquer alterações.

**Relevância:** O presente caso reveste-se de interesse pela sua localização infrequente - isquemia isolada no colon direito - e pelo seu aspeto endoscópico de lesão vegetante ulcerada, sugestiva de neoplasia do colon. Existem escassos relatos na literatura a descrever apresentações semelhantes, salientando a importância de se reconhecer esta entidade no diagnóstico diferencial de lesões exofíticas ulceradas. Por fim, a ausência de fatores de risco da doente e a evolução favorável incomum de isquemia no colon direito, tipicamente com pior prognóstico, merecem destaque pela sua invulgaridade.

## CC60

### TERÁ O VEDOLIZUMAB IMPACTO NA IMUNOVIGILÂNCIA DO CARCINOMA COLO-RECTAL? / HAS VEDOLIZUMAB A ROLE IN CANCER IMMUNOVIGILANCE?

Catarina Nascimento

Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** O aumento do risco de neoplasias intestinais em doentes com doença inflamatória intestinal correlaciona-se com a extensão, duração e gravidade de inflamação assim como com o potencial efeito na vigilância imunitária associado aos fármacos imunossuppressores. O vedolizumab é um anticorpo anti-integrina  $\alpha 4\beta 7$  que inibe a migração dos linfócitos para a submucosa gastrointestinal. A sua eficácia e perfil de segurança tornam-no uma alternativa em doentes com doença refratária e contraindicações para anti-TNF.

**Objetivo:** Discutir o risco-benefício da utilização das diferentes estratégias terapêuticas a longo prazo na colite ulcerosa refratária, atendendo à idade, comorbilidades e fenótipo da doença.

**Resumo do caso:** Homem de 76 anos com história pregressa de melanoma maligno Clark III e colite ulcerosa esquerda cortico-dependente e refratária à terapêutica convencional. A sintomatologia inicial era caracterizada por rectorragias, urgência defecatória e diarreia. Analiticamente, Hb 13.4g/dl, plaquetas 320 x10<sup>9</sup>/L e PCR 1.26mg/dL. A colonoscopia mostrou mucosa hiperemiada e úlceras superficiais no reto e colon sigmóide. Atendendo à história prévia de melanoma, considerou-se haver contra-indicação relativa para o início de anti-TNF $\alpha$  e o doente iniciou azatioprina em 2016. A hipótese de cirurgia foi discutida, mas o doente recusou. Sob azatioprina, o doente desenvolveu herpes genital manteve-se com doença ativa clinicamente e endoscopicamente (Mayo 3). Considerando a idade e as comorbilidades, iniciou Vedolizumab em 2018 com remissão clínica e endoscópica. Na primeira colonoscopia de vigilância, realizada 9 anos após o diagnóstico inicial, identificaram-se três áreas de mucosa plana com padrão de criptas irregular na sigmoide e no reto. As biópsias revelaram adenocarcinoma pouco diferenciado. Pouco tempo depois apresentou-se com ascite e dispneia.

A TC-TAP revelou volumoso derrame pleural direito e ascite volumosa, aspetos sugestivos de disseminação secundária. Iniciou quimioterapia sistémica, mas veio a falecer três meses depois por progressão da doença.

**Relevância clínica:** Salienta-se a rápida progressão e o padrão atípico de metastização de um carcinoma colorrectal agressivo 1 ano após introdução do Vedolizumab. Coloca-se a hipótese de que este fármaco, ao diminuir a migração dos leucócitos para o trato gastrointestinal possa reduzir a imunovigilância, aumentando o risco de neoplasia colo-rectal, embora sejam necessários estudos que o comprovem.

## CC61

### HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA – UMA QUESTÃO DE NERVOS

Filipa Bordalo Ferreira, Maria Ana Rafael, Liliana Santos, David Horta, Alexandra Martins

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** Os *schwannomas* colorretais são neoplasias gastrointestinais raras. O diagnóstico é, frequentemente, incidental, mas pode ser feito na sequência de manifestações como hematoquézias, dor abdominal ou obstipação, dependendo da sua localização. Pela dificuldade na obtenção de amostras por via endoscópica, o diagnóstico definitivo depende da avaliação anatomopatológica da peça operatória. O seu comportamento é, geralmente, benigno, associando-se a um prognóstico favorável.

**Objetivo:** Pretende-se reportar um caso clínico de *schwannoma* do cólon, passando pela sua apresentação, marcha diagnóstica e abordagem.

**Resumo do caso:** Apresenta-se o caso de uma doente de 70 anos, caucasiana, com história pessoal de hipertensão, dislipidémia e histerectomia.

Foi internada por hematoquézias sem dor abdominal ou instabilidade hemodinâmica. Analiticamente, salientava-se anemia normocítica normocrômica com hemoglobina de 8,6 g/dL, sem outras alterações. Realizou colonoscopia total, observando-se sangue e coágulos desde o ângulo esplénico até ao reto; raros divertículos no cólon descendente e sigmóide sem sinais de hemorragia recente; abaulamento da mucosa no cólon sigmóide proximal sugestivo de lesão subepitelial, tendo sido efec-

tuadas biópsias em túnel. A histologia foi inconclusiva por não ter interessado submucosa. Realizou tomografia computadorizada, que identificou lesão com cerca de 3 cm com contornos regulares e captação de contraste na transição entre o cólon descendente e sigmóide. Não houve recidiva hemorrágica.

Tendo em conta a presença de lesão subepitelial com 3 cm que não se conseguiu caracterizar histologicamente, optou-se por terapêutica cirúrgica. Foi submetida, eletivamente, a ressecção segmentar do cólon por via laparoscópica. O exame macroscópico da peça mostrou uma neoplasia intramural condicionando protusão e erosão da mucosa. A histologia revelou proliferação nodular de células fusiformes, sem atipia, com forte expressão de S100, aspetos sugestivos de schwannoma.

**Relevância:** A relevância deste caso clínico reside na raridade desta entidade clínica e no desafio diagnóstico.

### CC62

#### **PROCTOSIGMOIDITE COM ENVOLVIMENTO ANO-RECTAL EXUBERANTE E ATÍPICO – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO / PROCTOSIGMOIDITIS WITH EXUBERANT AND ATYPICAL ANORECTAL INVOLVEMENT – A DIAGNOSTIC CHALLENGE**

Fábio Pereira Correia, Filipa Bordalo Ferreira, Maria Ana Rafael, Luís Carvalho Lourenço, Ana Maria Oliveira, David Horta, Alexandra Martins

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*

O diagnóstico diferencial de uma colite com envolvimento perianal constitui em alguns casos um desafio. Apresentamos o caso de um homem de 23 anos, previamente saudável, que recorreu ao serviço de urgência por proctalgia intensa com um mês de evolução e hematoquezias de sangue vivo com início recente. Negava febre, diarreia ou dor abdominal. À observação, toque rectal muito doloroso com coágulos, sem hemorróidas ou massas. Analiticamente com Hb 12,6g/dL, leucocitose 15700/uL e PCR 1,6mg/dL. Realizou rectossigmoidoscopia (RSF) sob apoio anestésico (por proctalgia incapacitante) que mostrou mucosa do ânus, recto e sigmóide muito edemaciada, ulcerada e granitada, com abundante exsudado purulento. Apesar de o doente negar comportamentos

sexuais de risco (incluindo MSM), dadas as características endoscópicas da proctosigmoidite, com envolvimento anal, iniciou-se antibioterapia empírica com ceftriaxone e doxiciclina. Na investigação etiológica, entre outras, foram excluídas infeções por *C. trachomatis*, *N. gonorrhoea*, Herpes simplex, Citomegalovírus (CMV), *E. histolytica*, *T. pallidum*, *C. difficile*, *M. tuberculosis*, assim como infeção HIV. Salienta-se ainda ASCA e ANCA negativos. As biópsias endoscópicas foram inconclusivas quanto à etiologia, revelando infiltrado inflamatório misto com criptite e abscessos de cripta. Por doença grave, sem resposta à terapêutica, realizou TC abdominopélvica que mostrou ligeiro espessamento parietal do recto e do sigmóide, assim como ansa sigmoideia distendida (65mm) e sinais de hemorragia recente. Escalou-se antibioterapia para meropenem e iniciou-se aminossalicilatos. Repetiu RSF 14 dias depois, com melhoria parcial do edema e úlceras, mantendo ainda exsudado purulento e observando-se provável orifício de fístula. Realizou RM pélvica que evidenciou 2 fístulas com abscessos associados, posteriormente explorados cirurgicamente, com drenagem e tutorização com setons. Após melhoria clínica, o doente teve alta ao 22º dia, assumindo-se provável doença de Crohn (DC) com eventual sobreinfeção. Realizou entero-RM em ambulatório que mostrou espessamento parietal do íleon distal; e colonoscopia total que evidenciou ileíte terminal e proctite.

Documentamos uma apresentação atípica de DC, em que as características endoscópicas e o envolvimento anal predominante eram muito sugestivos de causa infecciosa. Salientamos a importância de perseguir o diagnóstico diferencial, sobretudo perante uma evolução clínica inesperada após abordagem inicial.

## CC63

### COLITE INESPECÍFICA – O QUE DEVEMOS SUSPEITAR? / UNSPECIFIC COLITIS – WHAT SHOULD WE SUSPECT?

Catarina Gomes, Ana Ponte, Carlos Fernandes, João Carlos Silva, Edgar Afecto, João Correia, João Carvalho

*Departamento de Gastrenterologia e Hepatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal*

**Introdução:** A infecção por *Entamoeba histolytica* está presente em todo o mundo, especialmente nas áreas tropicais com más condições sanitárias. A amebíase intestinal pode manifestar-se de forma assintomática (amebíase luminal), bem como doença sintomática intestinal ou extraintestinal (amebíase intestinal invasiva). Os achados endoscópicos da colite amebiana traduzem-se por múltiplas úlceras de pequenas dimensões geralmente a envolver o cego, cólon ascendente e reto.

**Objetivo:** Enfatizar a importância do diagnóstico diferencial num doente com colite crónica.

**Descrição do caso:** Homem caucasiano de 58 anos com história de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e dislipidemia foi referenciado ao nosso serviço dado a presença no cego de raras úlceras de base limpa com mucosa envolvente de aspecto normal. Esses achados já se encontrariam presentes numa colonoscopia prévia de há 5 anos, sendo que o exame anatomopatológico de ambos os exames demonstrou um infiltrado inflamatório de linfócitos, eosinófilos e plasmócitos, porém com atividade mucossecretora mantida. O doente referia episódios esporádicos de dor abdominal ligeira, sem nenhum sintoma de alarme. Negou viagens recentes, contatos de gastroenterite, medicamentos AINEs e consumia água potável. Analiticamente destacava-se uma anemia normocítica normocrómica discreta (hemoglobina 12,8 g/dL) com ferropenia (ferritina baixa 20 ng/mL), e coproculturas negativas. A angiografia por tomografia computadorizada não revelou alterações. Foi repetida a colonoscopia no nosso serviço, onde se identificaram no cego e cólon ascendente proximal, úlceras superficiais dispersas com 5-20 mm cobertas de exsudado. As biópsias confirmaram um infiltrado inflamatório polimórfico, com presença de *Entamoeba*

histolytica na coloração de ácido periódico-Shiff (PAS), sendo posteriormente instituída antibioterapia dirigida com metronidazol.

**Relevância:** Este caso destaca um doente com uma colite com 7 anos de evolução, cuja etiologia poderia ter sido interpretada como uma doença inflamatória intestinal. Apesar dos exames histológicos prévios inespecíficos, o uso da coloração adequada durante a avaliação microscópica foi importante para identificar os trofozoítos da *Entamoeba histolytica*, permitindo o tratamento correto.

## CC65

### ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE UMA PERFURAÇÃO DO COLON SIGMÓIDE POR CORPO ESTRANHO (PALITO DE DENTES) / ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF A SIGMOID COLON PERFORATION DUE TO TOOTHPICK INGESTION

Catarina Gomes<sup>1</sup>, Rolando Pinho<sup>1</sup>, Ana Rita Ferreira<sup>2</sup>, Sílvia Costa<sup>2</sup>, Joana Esteves<sup>2</sup>, Edgar Afecto<sup>1</sup>, João Correia<sup>1</sup>, Sílvio Vale<sup>2</sup>, João Carvalho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Departamento de Gastrenterologia e Hepatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal.*

<sup>2</sup> *Departamento de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal*

**Introdução:** Na ingestão de corpos estranhos, a morbidade e mortalidade é acrescida perante corpos estranhos longos, cortantes e ásperos, como ossos de galinha ou palitos de dentes. A ingestão de palitos de dentes pode causar complicações graves, simulando condições de abdómen agudo, como hemorragia, obstrução, perfuração e formação de fístula.

**Objetivo:** Apresentar a abordagem endoscópica de uma perfuração do sigmóide por palito de dentes, complicada com abscessos intra-abdominais

**Descrição do caso:** Mulher de 62 anos admitida no serviço de urgência por história de dor abdominal e obstipação com 2 semanas, negando outra sintomatologia. Além de hipertensão e diabetes mellitus tipo 2, ela apresentou 3 episódios de diverticulite aguda não complicada no ano anterior, que foram tratados de forma conservadora. Ao exame físico, o abdómen apresentava-se doloroso no quadrante inferior esquerdo. Os estudos laboratoriais revelaram um aumento da proteína

C reativa (12 mg/dL), e a tomografia computadorizada (TC) mostrou um espessamento significativo de um segmento do sigmóide associado a múltiplos divertículos e a hipertrofia da gordura envolvente, achados organizados numa massa inflamatória. Nessa topografia, foi identificada uma densidade linear com 3 cm, sugestiva de corpo estranho (CE), que se projetava através da parede cólica. Adjacente às extremidades do CE, verificava-se a presença de 2 coleções com 1,3 e 1,5 cm, sem ar intraperitoneal livre. Na retossigmoidoscopia subsequente, confirmou-se o corpo estranho penetrando o sigmóide em 2 pontos opostos, sendo removido com sucesso com uma pinça, após a sua fragmentação em 2 partes. Num dos pontos, objetivou-se uma solução de continuidade de 6 mm, que foi encerrada posteriormente com 2 cliques. O CE removido revelou tratar-se de um palito de dentes. A doente teve alta após 6 dias de antibioterapia endovenosa, apresentando-se assintomática e a tolerar dieta. Na TC de controlo, os achados prévios melhoraram significativamente.

**Relevância:** Os palitos de dentes, são mais propensos a causar perfurações intestinais do que outros CE, porque são longos e pontiagudos em ambas as extremidades. O sigmóide, após o duodeno, é um dos segmentos mais comumente perfurados por CE. Na nossa doente, foi possível através da endoscopia, confirmar a presença do palito de dentes no sigmóide, removê-lo e corrigir a perfuração, sem necessidade de uma abordagem cirúrgica.

## COMUNICAÇÕES LIVRES DIGITAIS PÓSTERS

**P02**

### LINFANGITE CARCINOMATOSA POR ADENOCARCINOMA COLORRETAL / LYMPHANGITIS CARCINOMATOSA OF THE LUNG FROM COLORECTAL CANCER

João Simões, Oriana Nogueira, Cristina Camacho,  
Ana Oliveira, Miguel Fernandes, JG Tralhão

*Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de  
Coimbra*

**Introdução:** A linfangite carcinomatosa consiste na infiltração tumoral difusa dos linfáticos pulmonares. É uma forma de apresentação rara. O diagnóstico combina a clínica e os achados imagiológicos, contudo é difícil. O prognóstico é reservado, com taxa de mortalidade elevada poucos meses após início dos sintomas.

**Objetivo:** Descrever um caso de linfangite carcinomatosa em doente com neoplasia do cólon.

**Metodologia:** Homem de 53 anos com quadro de alternância de hábitos, realizou colonoscopia que revelou neoplasia aos 20cm. A biópsia revelou adenocarcinoma invasor. Ex-fumador (40UMA). A TC tóraco-abdomino-pélvica de estadiamento revelou fibrose subpleural com adenopatias mediastínicas e adenopatias lombo-aórticas, sem formações compatíveis com metástases. Realizou provas de função respiratória compatível com estudo funcional misto, FEV1 1.97 e índice de Tiffeneau 65%. Foi submetido a ressecção anterior recto-sigmoideia laparoscópica. Ao 5º dia pós-operatório, na data da alta, desenvolve quadro de dispneia súbita, tendo realizado angioTC torácica por suspeita de tromboembolismo. Foi diagnosticada linfangite carcinomatosa. Faleceu ao 20º dia pós-operatório. Tratava-se de um adenocarcinoma da transição recto-sigmoideia, pT3N1b IVL, com invasão

perineural, sem mutação nos genes KRAS, NRAS ou BRAF.

**Conclusão:** A linfangite carcinomatosa é uma condição rara, com elevada taxa de mortalidade. O diagnóstico é difícil e pode não estar presente nos exames de estadiamento.

**P04**

### EVISCERAÇÃO INTESTINAL TRANSANAL – UMA EMERGÊNCIA CIRÚRGICA RARA / TRANSANAL EVISCERATION OF SMALL BOWEL – A RARE SURGICAL EMERGENCY

Ricardo Alves, Sónia Tomás, Cláudia Matos, Filipa Rocha,  
João Keil Amaral, Cláudia Branco

*Hospital de Cascais, Dr. José Almeida - Serviço de Cirurgia Geral*

A evisceração intestinal transanal representa uma emergência cirúrgica extremamente rara. Trata-se de uma situação clínica em que a perfuração do reto permite a herniação de intestino delgado e posterior evisceração através do canal anal. Traduz um grande desafio cirúrgico, principalmente porque é uma situação que o cirurgião nunca presenciou.

O caso clínico apresentado refere-se a uma mulher de 95 anos, residente em lar, trazida ao serviço de urgência por prolapso do reto com exteriorização de ansas de intestino delgado e respetivo mesentério com cerca de 30 minutos de evolução. Foi submetida a cirurgia emergente. No intraoperatório demonstrou-se uma laceração longitudinal da face anterior da transição retosigmoideia, tendo sido submetida a redução de prolapso intestinal, ressecção anterior do reto e colostomia terminal. A doente apresentou uma evolução, no pós-operatório, favorável e sem intercorrências de relevo tendo tido alta.

A evisceração intestinal transanal foi descrita pela primeira vez em 1827 por Brodie. Na maioria dos casos descritos desde então, o prolapso retal é apresentado como principal fator associado, causado pela isquémia retal associada ao mecanismo do prolapso. Outras situações como obstipação crónica ou patologia colo-retal (diverticulose, colite, neoplasia) também foram associadas a perfurações espontâneas. A perfuração traumática do

cólon retosigmóide também está descrita e pode estar associadas a traumatismos abdominais fechados, lesões endoscópicas ou lesões iatrogénicas após redução do prolapso. A abordagem cirúrgica depende da viabilidade das ansas intestinais herniadas e da contaminação da cavidade peritoneal, assim como das comorbilidades e estado geral do doente. A cirurgia de Hartmann está descrita nestas situações, e apresenta uma mortalidade menor quando comparada com tratamento cirúrgico sem realização de colostomia. O diagnóstico precoce e abordagem rápida a esta emergência diminui a mortalidade e evita ressecções intestinais extensas, facilitando a recuperação no pós-operatório.

Portanto, a evisceração intestinal transanal constitui uma situação extraordinária pela sua raridade e apresentação dramática. O presente póster visa descrever o caso clínico assim como mostrar imagens pouco vistas no dia-a-dia do cirurgião.

**P05**  
**UTILIZAÇÃO DO VERDE DE INDOCIANINA NA CIRURGIA COLORRETAL / INDOCYANINE GREEN IN COLORECTAL SURGERY**

Rita Pereira; Tânia Valente; Maria Inês Coelho; Paulo Clara; Sandra Amado; Paulo Alves; Nuno Rama; Vítor Faria; Miguel Coelho

*Centro Hospitalar de Leiria*

A deiscência anastomótica é uma das complicações mais graves na cirurgia colorretal. A patogénese é multifatorial, tendo sido apontada a perfusão anastomótica adequada como um dos fatores-chave. Nos últimos anos foi desenvolvida a tecnologia de fluorescência utilizando o verde de indocianina (ICG) para avaliar a perfusão sanguínea nos locais de ressecção cólica, com resultados promissores.

Apresentam-se dois casos, uma hemicolectomia direita laparoscópica por lesão do cego e uma sigmoidectomia laparoscópica por volvo, nos quais foi administrado ICG intravenoso durante a ressecção cólica. A perfusão vascular foi observada através do sistema de fluorescência do ICG auxiliando na secção do cólon. Os doentes tiveram alta sem registo de complicações.

O ICG é uma molécula hidrossolúvel que se liga ex-

clusivamente às proteínas do plasma após injeção intravenosa, absorve raios NIR de 750nm e emite fluorescência de 820nm. Em virtude do desenvolvimento de equipamentos que permitem a sobreposição em tempo real da imagem da câmara de vídeo com a imagem da fluorescência, surgiram inúmeras aplicações cirúrgicas para a substância, entre elas, a avaliação da perfusão de retalhos e anastomoses, o reconhecimento de estruturas anatómicas e a identificação da drenagem linfática em cirurgias oncológicas. O ICG provou ser seguro, com reações alérgicas de 1:10.000 casos, tem um tempo de semi-vida de 3-5mins e é eliminado exclusivamente pelo fígado.

Uma das maiores limitações desta técnica é a falta de quantificação da intensidade do ICG, sendo na maioria dos casos uma avaliação visual subjetiva. Apesar de diferentes métodos quantitativos já terem sido propostos, ainda não foram validados nem padronizados. Seria importante definir um valor de intensidade a partir do qual se mostrasse segura a perfusão do cólon para anastomose, assim como o momento e dose ideal de administração do ICG durante a cirurgia, a utilização de equipamentos com características semelhantes, assim como a luminosidade da sala operatória ou da fonte de luz utilizada, de forma a que os diferentes estudos fossem comparáveis.

O ICG parece ser seguro e viável para avaliar a vascularização do cólon, podendo ser mais uma ferramenta a auxiliar o cirurgião durante a ressecção e a anastomose intestinal. No entanto, precisa de mais estudos, protocolos de utilização semelhantes entre as várias instituições e métodos objetivos de avaliação da fluorescência.



**P06****O IMPACTO DA SEGUNDA VAGA DA PANDEMIA COVID-19 NA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DE UMA UNIDADE DE TÉCNICAS DE GASTROENTEROLOGIA / THE IMPACT OF THE SECOND WAVE OF COVID-19 PANDEMIC, ON THE LEVEL OF SATISFACTION OF PATIENTS IN A GASTROENTEROLOGY UNIT**

Nicole Brito, Carlos Bernardes, Angela Alves, Paula Quintino

*Hospital Cuf Cascais*

Atualmente, em qualquer ponto do mundo, a pandemia pela COVID-19 não é indiferente a nenhum indivíduo. Esta pandemia teve um grande impacto na maioria da população, potenciando um sentimento de instabilidade, desconfiança e tensão no acesso aos cuidados de saúde.

Este trabalho teve como objectivo avaliar o nível de satisfação e o sentimento de segurança de utentes que realizaram exames endoscópicos num serviço de Gastroenterologia durante a segunda vaga da pandemia por COVID19, bem como o impacto das medidas instituídas para mitigar a influência dessa circunstância na experiência dos utentes.

**Material e métodos:** foi construída uma entrevista clínica fechada composta por 10 perguntas focadas no sentimento de segurança e satisfação dos utentes. Foram entrevistados 60 indivíduos, seleccionados de forma aleatória, após o seu recurso ao serviço de Gastroenterologia para realizar exames endoscópicos. Os critérios de inclusão foram: maiores de 18 anos, nível de escolaridade mínima, sem comprometimento cognitivo ou cerebral.

**Resultados:** Os resultados mostraram que, de uma forma geral, os utentes se encontram satisfeitos por terem feito os exames (90%), no entanto algumas destas pessoas demonstraram alguma inquietação antes de o fazerem (45%).

Apesar de, devido aos equipamentos usados em contexto de pandemia, terem sentido algumas dificuldades na comunicação com os profissionais de saúde (63.3%), os utentes sentiram confiança e segurança na realização do exame (66.9%), bem como nas condições de higiene da unidade (58.3%).

Não obstante o contexto propício a sentimentos de in-

segurança, tensão e instabilidade, as medidas instituídas e a atitude dos profissionais da unidade conseguiram transmitir segurança e tranquilidade no desempenho dos exames, potenciando um bom nível de satisfação dos utentes.

**P07****METÁSTASE RETAL DE TUMOR DA MAMA 5 ANOS DEPOIS – UM CASO INCOMUM / RECTAL BREAST CANCER METASTASIS 5 YEARS LATER - AN UNUSUAL CASE**

Vasco Silva Cardoso

*Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier*

**Introdução:** O cancro da mama (CM) é a segunda neoplasia mais frequente na população e a principal causa de morte por cancro em mulheres. Os locais mais comuns de metastização do CM são o osso, o pulmão, o fígado e o cérebro, sendo rara para o tubo digestivo (TD). Os locais de metastização do TD mais frequentes são o intestino delgado, o esófago e o estômago. A metastização para o cólon ou para o reto é rara, sendo o carcinoma lobular invasivo (CL) o tumor da mama mais frequentemente associado a metástases no reto.

**Objetivo:** Pretende-se com este póster expor um caso de uma apresentação pouco comum de uma lesão do reto, a sua abordagem e tratamento.

**Material e métodos:** Apresentamos uma doente de 67 anos, com história pessoal de CM, encaminhada para a consulta de colo-proctologia da nossa instituição por uma lesão de novo no reto.

**Discussão:** Trata-se de uma doente submetida a mastectomia radical modificada em 2015 por CL estadiado em pT1cN2aM0. Cumpriu quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) adjuvante que terminou em 2016, tendo iniciado em outubro desse ano hormoterapia adjuvante com letrozol. Cinco anos depois (junho 2020), por queixas com 4 meses de evolução de alteração da consistência das fezes, aumento do número de dejeções diárias e perda ponderal não quantificada realizou colonoscopia total. Este exame evidenciou, entre a linha pectínea “e os 20 cm, mucosa heterogénea, friável e com diminuição da distensibilidade” cuja biópsia revelou “infiltração difusa da mucosa retal por células de CL em anel de sinete”.

O restante estudo complementar revelou metastização noutras localizações: óssea (esterno e grelha costal), carcinomatose peritoneal e provavelmente pulmonar. Foi decidida a realização de quimiorradioterapia paliativa.

**Conclusão:** A apresentação metastática do CM é cada vez mais comum pelo aumento da esperança média de vida em doentes este antecedente. A metastização no reto é uma apresentação rara e os sintomas são pouco específicos, pelo que o seu diagnóstico é difícil.

Apesar da metastização múltipla no caso descrito, existem casos reportados de metástases únicas no reto vários nos após o diagnóstico de CM.

Assim, enfatiza-se a necessidade de obter uma anamnese adequada em doentes com lesões de novo no reto e de informar o anatomopatologista dos seus antecedentes oncológicos. Desta forma, obter-se-á um diagnóstico atempado e instituir-se-á o tratamento adequado nestas lesões.

## P08

### **DIVERTÍCULO GIGANTE DE CÓLON - UM ACHADO INTRA-OPERATÓRIO NA DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA / GIANT COLONIC DIVERTICULUM. AN INTRAOPERATIVE FINDING IN COMPLICATED DIVERTICULAR DISEASE**

Daniela Melo Pinto; José Carlos Pinto; Fernando Valério; Carlos Casimiro

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

**Introdução:** O divertículo gigante de cólon é uma complicação rara da doença diverticular, definindo-se como uma dilatação quística, com ar no seu interior e  $\geq 4$  cm de diâmetro. Um mecanismo de válvula unidirecional parece ser o responsável pela sua formação. De apresentação variável, podendo ser assintomático ou como diverticulite aguda, nas suas várias formas. O seu diagnóstico baseia-se na TC, que mostra uma estrutura preenchida por ar, com ou sem um nível hidroaéreo, comunicante com o cólon adjacente.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico.

**Material e métodos:** Mulher, 55 anos. Antecedentes de 2 episódios de diverticulite aguda no último ano, com necessidade de drenagens guiadas por TC e por via laparoscópica. Recorreu ao SU por quadro de dor abdominal

na FIE e febre. A TC revelou uma coleção de paredes espessadas, adjacente ao cólon sigmoide, com 53mm de diâmetro, contendo um nível hidroaéreo. Foi submetida a drenagem guiada por TC, com ligeira diminuição das dimensões da coleção, tendo alta por melhoria clínica, com indicação para cirurgia eletiva, por doença diverticular refratária ao tratamento conservador.

**Resultados:** A doente foi submetida a laparotomia, tendo-se identificado abscesso pélvico na dependência de divertículo gigante do sigmoide, com aderência ao apêndice, ansa de delgado, parede abdominal e útero. Foi realizada Operação de Hartmann, sem intercorrências. Boa evolução no pós-operatório. Alta ao 7º dia. O exame histológico revelou lesões de diverticulite aguda, com presença de divertículo com 4 cm de diâmetro, sem sinais de malignidade. Em consulta ao 2º mês, assintomática, tendo-se programado reconstrução intestinal.

**Discussão / conclusão:** O divertículo gigante é uma entidade rara, sendo as complicações associadas, mais frequentes que na diverticulose clássica.

Apesar de frequentemente assintomáticos, podem manifestar-se por anemia, massa abdominal ou quadro de diverticulite complicada. Muito raramente, foram descritos casos de adenocarcinoma associado.

A TC constitui o *gold-standard* no seu diagnóstico, verificando-se comunicação com o cólon adjacente na maioria dos casos. Ocasionalmente, pode mimetizar um abscesso passível de drenagem, que neste contexto é ineficaz, como sucedeu no nosso caso.

A ressecção cirúrgica do segmento afetado é o tratamento de escolha do divertículo gigante, mesmo assintomáticos, permitindo um diagnóstico definitivo, assim como, prevenir complicações, que apresentam limitada resposta ao tratamento conservador.

P09

### TUBERCULOSE PERIANAL, UMA COMPLICAÇÃO (NÃO USUAL) DE TUBERCULOSE PULMONAR /PERIANAL TUBERCULOSIS, A (UNUSUAL) COMPLICATION OF PULMONAR TUBERCULOSIS

Hugo Costa Pereira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

**Introdução:** A tuberculose permanece um problema de saúde importante na população global, podendo a sua clínica associar diferentes padrões de apresentação. Muitos dos problemas de contágio prendem-se com o facto desta estar, diversas vezes, associada à forma latente da *Mycobacterium tuberculosis*. O abscesso perianal com bacteriológico positivo para a micobactéria é extremamente raro (0,7%), e mais raro ainda, num doente sem clínica pulmonar da doença.

**Objetivo:** Relato de caso clínico

**Material e métodos:** Consulta do processo clínico no CHVNG/E

**Resultados:** Doente de 22 anos, género masculino sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual, recorre ao serviço de urgência (SU) em 2 de julho de 2020, por tumefação perianal associado a dor local, sem febre e com 3 dias de evolução. À inspeção da região perianal foi observado abscesso perianal extenso às 7h, em posição genu-peitoral, com abaulamento interno. Apesar de ser explicada a necessidade de cirurgia urgente, o doente decidiu que não queria ser operado. No dia 4 de julho, recorre novamente ao SU pelo mesmo quadro mas, desta vez, com temperatura auricular de 38°C e com a região abcedada perianal em drenagem espontânea. Procedeu-se então à restante drenagem, lavagem da cavidade e colheita de líquido mucopurulento para microbiologia. Realizou estudo analítico, salientando-se a leucocitose de 18 540 UL e proteína C reativa de 12,44 mg/dL.

Após escrutínio dos antecedentes pessoais, averiguou-se que a mãe se encontrava internada no hospital por tuberculose pulmonar associada a HIV+.

Durante o internamento confirmou-se por TAC tórax “a existência de volumosa imagem cavitada no segmento ápico-posterior do lobo superior do pulmão esquerdo. O microbiológico do líquido de drenagem positivou para

*Mycobacterium tuberculosis* complex, bem como exame cultural da expetoração.

Durante o internamento o doente recuperou favoravelmente e, à data da alta hospitalar, encontrava-se com a região perianal sem sinais inflamatórios ou flutuação. Devido à situação clínica recente, o doente ainda vai ser reavaliado.

**Conclusão:** Várias hipóteses podem explicar a patogénese desta condição, sendo a via hematogénica a mais comum. A abordagem cirúrgica associada a antibioterapia contínua (6 meses) é o tratamento de escolha, uma vez que há um elevado risco de reativação bacteriana. Assim, boa semiologia, exame físico e investigação microbiológica é a chave para a orientação e sucesso de todo o tratamento.

P11

### TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PILONIDAL SACROCOCCÍGEO – ANÁLISE PROSPETIVA: EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO HOSPITALAR / SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL SINUS DISEASE – PROSPECTIVE ANALYSIS: INITIAL EXPERIENCE OF A HOSPITAL CENTER

Inês Sousa, Diana Parente, Rita Pereira, Miguel Neves, Marisa Ferreira, Paulo Alves, Nuno Rama, Vítor Faria

Centro Hospitalar de Leiria

**Introdução:** O *sinus pilonidal sacrococcígeo* (SPSC) é uma doença frequente da pele e tecido celular subcutâneo. Ainda não há consenso relativamente à técnica cirúrgica ideal para o seu tratamento, sendo que todas estão associadas a elevada morbidade.

**Objetivos:** Avaliar os dados demográficos e os resultados do tratamento cirúrgico do SPSC no nosso Centro Hospitalar.

**Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo prospetivo a 2 anos, que inclui todos os doentes submetidos eletivamente a excisão primária de SPSC. Nesta análise foram incluídos os dados iniciais deste estudo. Foram analisados dados demográficos (género, idade, score ASA, Índice de Massa Corporal, tabagismo e diagnóstico pré-operatório), bem como a técnica cirúrgica utilizada, antibioterapia no pós-operatório, taxa de complicações e recidiva.

**Resultados:** Foram incluídos 19 doentes, 10 do sexo masculino, com uma média de idades de 24.7 anos. 63% tinham excesso de peso e 42% eram fumadores. Neste período foram usadas apenas 2 técnicas cirúrgicas – excisão em bloco com encerramento primário na linha média (em 89.5%) ou fora da linha média. A maioria dos doentes apresentava pitting na linha média (73.7%) e uma minoria apresentava trajetos fistulosos fora da linha média (26%). Foi avaliada a taxa de complicações pós-operatórias, destacando-se a deiscência da ferida operatória em 84% dos casos. Destes doentes, no entanto, a maioria apresentava deiscência punctiforme ou de uma das extremidades da ferida, que resolveu com tratamento conservador e sem necessidade de re-internamento ou re-operação.

Verificou-se que, dos 8 doente fumadores, 7 apresentaram deiscência da ferida operatória e esta percentagem também foi elevada nos doentes com excesso de peso (92%). Não se verificou diferença entre o número de complicações nos doentes que tinham realizado depilação definitiva prévia, tricotomia no pós-operatório ou antibioterapia após a cirurgia.

**Discussão / conclusão:** O tratamento cirúrgico do SPSC continua associado a elevada morbidade, tal como foi verificado neste estudo. Identificamos uma necessidade de melhoria da taxa de complicações, que pode ser feita pela implementação de novas técnicas cirúrgicas.